

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica
Oncosalud del distrito de San Borja, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por

Autor: Bachiller Mariela Molero Osorio

Lima - Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios, por el don de la vida y por estar conmigo siempre, por fortalecer y humanizar mi mente y corazón; por haberme puesto en mi vida a las personas idóneas y de quienes he aprendido muchísimo.

A mi madre, Margarita Osorio Vda. De Molero, por ser modelo y ejemplo de resiliencia, quien con su ejemplo, cuidado y amor me enseñó a superar la adversidad con actitud positiva.

A mis hermanos: Irma, Janeth, Edith, Soledad, Eligio y Lida, por ser los mejores hermanos, amigos y compañeros del camino de la vida.

Y a la feliz memoria de mi amado padre Eligio Molero Samanez, quien goza del eterno descanso.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo Carlos Esquivel, a mis amadas hijas Karol Denise y Lourdes Valeria, mi “Ohana”, por acompañarme y ser mi fortaleza durante esta etapa de aprendizaje, desarrollo, crecimiento personal y profesional. A mi maestro del alma quien sembró en mí, el don del servicio a favor de aquellos necesitados y desvalidos.

A mis queridos amigos, que a lo largo de este proyecto me acompañaron e inyectaron motivaciones, conocimiento y fortalezas.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por abrirme sus puertas e impartirme conocimiento de esta carrera profesional.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento a las normas de la Directiva N° 003-FPs y TS.-2016 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para optar el título profesional bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL, ante ustedes presento mi trabajo de investigación titulada: **“RESILIENCIA EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN LA CLÍNICA ONCOSALUD DEL DISTRITO DE SAN BORJA, 2018”**, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciado en Psicología.

Atentamente;

Bach. Mariela Molero Osorio

Código: 311765230

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
PRESENTACIÓN.....	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE TABLAS:	IX
ÍNDICE DE FIGURAS:.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 Descripción de la realidad problemática	16
1.2 Formulación del Problema.....	18
1.2.1 Problema principal	18
1.2.2 Problemas secundarios.....	18
1.3 Objetivos generales y objetivos específicos.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivo específico:.....	19
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación	20
CAPÍTULO II:.....	23
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
2.1 Antecedentes.....	23

2.1.1	Antecedentes Internacionales	23
2.1.2	Antecedentes Nacionales.....	26
2.2	Bases teóricas	30
2.2.1	Resiliencia.	30
2.2.2	Generalidades del cáncer	46
2.3	Definiciones conceptuales	57
CAPÍTULO III.....		61
METODOLOGÍA		61
3.1	Tipo y diseño utilizado y nivel de investigación.....	61
3.2	Población y Muestra	62
3.3	Identificación de la variable y su operacionalización.....	64
3.3.1	Operacionalización de la variable.....	65
3.4	Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.	66
3.4.1	Técnicas de la investigación.	66
3.4.2	Instrumento de recolección de información	66
CAPÍTULO IV		72
PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.		72
4.1	Procesamiento de los resultados.	72
4.2	Presentación de los resultados.....	72
4.3	Análisis y discusión de los resultados.....	78
4.4	Conclusiones.....	84
4.5	Recomendaciones.....	84

CAPÍTULO V	85
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	85
5.1 Denominación del programa:.....	85
5.2 Justificación del programa	85
5.3 Establecimiento de objetivos	85
5.4 Sector al que se dirige:	86
5.5 Establecimiento de conductas prolemas / metas	86
5.6 Metodología de intervención.....	87
5.7 Instrumentos/ materiales a utilizar	87
5.8 Actividades por sesiones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS.....	115
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	116
ANEXO 2. ESCALA DE RESILIENCIA	118
ANEXO 3. FICHA DE DATOS	119
ANEXO 4. CONSETIMIENTO INFORMADO	120
ANEXO 5. CARTA DE PRESENTACIÓN	121
ANEXO 6. CARTA DE RESPUESTA.....	122
ANEXO 7. ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?	123
ANEXO 8. FACTORES DE RESILIENCIA	124
ANEXO 9. CONFIANZA EN SÍ MISMO – AUTOESTIMA.....	125
ANEXO 10. EJERCICIO DE REFLEXIÓN	127
ANEXO 11. ¿EN DÓNDE ESTÁS HOY?	128

ANEXO 12. RUEDA DE LA VIDA	129
ANEXO 13. VIDEO: CRESTOMATIA KUNG FU PANDA - AUTOEFICACIA Y AUTOCONCEPTO.....	130
ANEXO 14. CUENTO: LA HISTORIA DEL BURRO	132
ANEXO 15. CÓMO LLEGAR A UNA SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y PERSONAL	133
ANEXO 16. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN:.....	134
ANEXO 17. DESARROLLO “EL BAZAR DE LAS EMOCIONES”.....	135
ANEXO 18. CUENTO: LA PAZ PERFECTA	136
ANEXO 19. TIEMPO DE PRÁCTICA: HABLÁNDOLE A TUS PENSAMIENTOS	137
ANEXO 20. CUENTO CHEROKEE: LOS DOS LOBOS.....	139

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N° 1 Modelo explicativo, tomado de: Saavedra y Villalta, 2008	43
Tabla N° 2: Extensión y estadio de la enfermedad	50
Tabla N° 3 Característica de la muestra.....	63
Tabla N° 4 Operacionalización de la variable.....	65
Tabla N° 5 Medidas estadísticas del puntaje	72
Tabla N° 6 Estadística del puntaje total según el tipo de dimensiones	73

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura N° 1 Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner	35
Figura N° 2 Siete pilares de la resiliencia.....	38
Figura N° 3 Modelo de la casita de Vanistendael	40
Figura N° 4 Supportive Care: rebalancing efforts	53
Figura N° 5 Nivel de Resiliencia según el nivel de puntaje total	75
Figura N° 6 Nivel de Satisfacción personal en el total de la muestra.....	76
Figura N° 7 Nivel de Ecuanimidad en el total de la muestra.....	76
Figura N° 9 Nivel de Confianza en sí mismo en el total de la muestra	77
Figura N° 10 Nivel de Perseverancia en el total de la muestra.....	78

RESUMEN

El propósito de esta investigación es determinar el nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja. Se utilizó el instrumento de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), adaptado en el Perú por Novella (2002).

La investigación es de tipo descriptivo, con diseño transversal de tipo no experimental. La muestra estuvo conformada por 74 pacientes, 24 hombres y 50 mujeres, entre el rango de edades de 20 y 78 años.

La información fue procesada mediante los programas Excel y el paquete estadístico SPSS V25. Los resultados estadísticos demuestran que el nivel de resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es baja con el 47,3%.

Palabras Clave: Resiliencia, cáncer, tratamiento, pacientes, familia.

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the level of Resilience in patients receiving oncological treatment at the Oncosalud Clinic of the San Borja district. We used the instrument of the Resilience Scale (ER) of Wagnild and Young (1993), adapted in Peru by Novella (2002).

The research is of a descriptive type, with a non-experimental transversal design. The sample consisted of 74 patients, 24 men and 50 women, between the age range of 20 and 78 years.

The information was processed using the Excel programs and the SPSS V25 statistical package. The statistical results show that the level of resilience in patients receiving oncological treatment in the Oncosalud Clinic of the District of San Borja, is low with 47.3%.

Keywords: Resilience, cancer, treatment, patients, family.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad de salud pública, por sus elevadas tasas de incidencia y mortalidad, así como su alto costo social y económico. La curación de la enfermedad no siempre es posible, sin embargo, el tratamiento extiende el tiempo de sobrevivencia y supervivencia de la persona.

El enfermo cuando es diagnosticado con el cáncer sufre un impacto emocional severo, al igual que su familia. Durante el proceso de diagnóstico, tratamiento, o hasta antes, los pacientes se muestran ansiosos, sienten mucho miedo, entran en pánico y sin recursos de afronte, tienen sentimientos de culpa, están enfadados consigo mismos y con los demás, frecuentemente se muestran irritables y hostiles, sienten odio y rencor, se aíslan y atraviesan los distintos niveles de depresión. A nivel cognitivo el paciente se bloquea mentalmente, niegan tener la enfermedad, busca un culpable, se pregunta por qué a mí, se sienten disminuidos y muestran inseguridad, desconfianza, tienen dificultad de atención y concentración. A nivel conductual, se vuelven más apáticos, son poco comunicativos, pierden el apetito, se vuelven agresivos, sensibles, no quieren escuchar y se aíslan. Luego de sufrir el impacto emocional deben enfrentarse a una serie de cambios a nivel físico y en su estilo de vida por los efectos adversos que produce el tratamiento.

El propósito de esta investigación es hacer que los pacientes luego de atravesar estas etapas, encuentren dentro de sí, capacidades resilientes para sobreponerse a la adversidad con actitudes y aptitudes humanas, basadas en su pensamiento abierto y un corazón voluntarioso. Así como su adherencia al tratamiento.

La investigación está estructurada de la siguiente manera:

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, dentro de esta se describe la realidad, formulación del problema, descripción de los objetivos y justificación e importancia de la investigación.

En el segundo capítulo, encontraremos el marco teórico conceptual, donde nos muestran los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación,

seguida de las bases teóricas fundamentadas por las teorías científicas y de las definiciones conceptuales de la investigación.

En el tercer capítulo está la metodología de la investigación, estructurada por el tipo y diseño, población y muestra, identificación de la variable y su operacionalización y finalmente por las técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.

En el cuarto capítulo, se detalla el procesamiento, presentación y análisis de los resultados del instrumento utilizado, conclusiones y recomendaciones.

Y, finalmente en el quinto capítulo, presentamos el programa de intervención, que está estructurada por la denominación, justificación del programa, establecimientos de objetivos, sector al que se dirige, establecimiento de conductas, metas. Metodología de la intervención, instrumentos utilizados y actividades propias para el desarrollo del programa de intervención.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

(Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013), afirman que el cáncer es una enfermedad de salud pública, por sus elevadas tasas de incidencia y mortalidad, así como su alto costo social y económico. El cáncer es una enfermedad que afecta a toda la sociedad y es sinónimo de muerte. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El año 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones en el mundo, es decir, una de seis defunciones se debe a esta enfermedad (OMS, 2017).

La salud y enfermedad son inherentes a la vida integral del hombre, donde a “la enfermedad es opuesta a la salud, donde el efecto negativo es a consecuencia de la alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel del estado fisiológico y/o morfológico, considerados como normales, equilibrados o armónicos (afección holística del hombre: biológico, psicológico, social, emocional, espiritual, ecológico)” (Quimica.es, s.f.)

El diagnóstico de cáncer significa una amenaza para la propia vida, generando en el paciente diversas reacciones psicológicas en función de cómo son percibidos. La ansiedad, depresión, ira e incluso el asco “patológico” son sensaciones propias por los que atraviesan los pacientes, la experiencia de enfrentarse a esta enfermedad los pone ansiosos; cuando no tienen control sobre ésta, experimentarán la depresión, y si lo percibe como una agresión o injusticia, reaccionará con rabia. Además, los tratamientos mediante agentes quimioterapéuticos les producen náuseas y vómitos no sólo por afección neurológica sino también horas antes del tratamiento. “Todas las emociones incluyendo las desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y ajuste personal, otorgándoles utilidad, permitiéndoles ejecutar con eficacia las reacciones conductuales apropiadas, con ello la

independencia de la cualidad hedónica que generan supervivencia o salvaguarda de la integridad física” (Piqueras Rodríguez, Ramos linares, martínez gonzález, & oblitás guadalupe, 2009).

La American Cáncer Society, nos indica en su artículo sobre “La ansiedad, el miedo y la depresión” que, el cáncer afecta la salud emocional en quienes los padecen, produciéndoles ansiedad, miedo y depresión. El paciente con cáncer no sólo pierde la salud física sino también la salud intelectual, espiritual, social y emocional. La ansiedad, el miedo y la depresión son sentimientos comunes en estos casos. Durante el tratamiento, los pacientes no solo sufren cambios físicos, sino que también les afecta en su autoestima, confianza, autonomía etc., también se ven afectados en su entorno familiar y laboral, asimismo, los familiares y cuidadores también sufren el impacto emocional porque temen perder a su ser querido, sienten enojo y frustración por no ayudarlos lo suficiente. (Society, American Cáncer, 2015).

En este entender, todo aquello que no es de completo bienestar en el ser humano, se cataloga como enfermedad, la cual sumerge al hombre en situaciones desequilibrantes, y, por tanto, en condiciones vulnerables que necesitarán de actitudes positivas para enfrentar y superar la adversidad.

El constructo de Resiliencia acuñada por Michael Rutter (1972), nos da a entender que no sólo es la capacidad innata con los que nacen las personas, sino que es un factor aprendida a través de las vivencias, poniéndonos en manifiesto que los pacientes con cáncer a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos (Munist, y otros, 1988, pág. 8). Y, “No debe entenderse como la animada negación de las experiencias difíciles de la vida como son los dolores y cicatrices, sino más bien, como la habilidad para continuar adelante a pesar de ellos” (Quiceno & Vinaccia, 2011, pág. 70). Esta actitud humana, como toda actividad del hombre nunca es lineal, sino oscilante como todas las

situaciones y circunstancias adversas que el ser humano experimenta durante su existencia.

En los últimos años fueron objeto de atención y estudio “La naturaleza de la resiliencia es compleja y multidimensional e implica factores individuales, familiares y del ambiente socio-cultural. Asimismo, es importante señalar que las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y a su vez requieren de cambios en las conductas resilientes” (Salgado Lévano, Ana Cecilia, 2009, pág. 134).

Por todos estos motivos se hace ineludible que en el tratamiento del paciente con cáncer se incluya el constructo de resiliencia como una herramienta o instrumento psicológica, porque les permitirá afrontar y sobrellevar la enfermedad con una mejor actitud y optimismo, además les ayudará a canalizar su dolor y sufrimiento de manera positiva, permitiéndoles hacer frente a la adversidad de modo constructivo. Asimismo, no se debe dejar de lado la intervención en los familiares más cercanos del paciente, porque ellos también se muestran afectados por la ansiedad, depresión y sufrimiento y sobre todo son el soporte directo para el bien-estar emocional de ambos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es el nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja?

1.2.2 Problemas secundarios.

- ¿Cuál es el nivel de *Satisfacción Personal* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja?
- ¿Cuál es el nivel de *Ecuanimidad* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja?

- ¿Cuál es el nivel de *Sentirse Bien Solo* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja?
- ¿Cuál es el nivel de *Confianza en sí mismo* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja?
- ¿Cuál es el nivel de *Perseverancia* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.3.1 Objetivo general.

- Determinar el nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.

1.3.2 Objetivo específico:

- Determinar el nivel de *Satisfacción Personal* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.
- Determinar el nivel de *Ecuanimidad* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.
- Determinar el nivel de *Sentirse Bien Solo* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.
- Determinar el nivel de *Confianza en sí mismo* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.
- Determinar el nivel de *Perseverancia* en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El paciente cuando es diagnosticado con cáncer, sufre un impacto emocional severo, dejándolo paralizado y sin recursos para afrontar de manera positiva el tratamiento. La aceptación del dolor es el paso primordial para superar el estado inevitable de angustia y de sufrimiento; sufrimiento que se expresa en diferentes sentimientos como es el aturdimiento, la inseguridad, miedo, ansiedad, pánico, preocupación, culpabilidad, confusión, etc.

La pérdida de la salud es una experiencia inevitable que afecta a la persona a nivel holístico, esto significa a nivel de la dimensión física, emocional, intelectual, social y espiritual

La psiquiatra Elizabeth Kubler Ross, en su libro "sobre la muerte y los moribundos" describe cinco etapas o fases que atraviesan los enfermos: **La primera etapa es la Negación o rechazo.** Al principio el enfermo tiende a rechazar la realidad, a negar el mal que le aqueja; espera contra toda esperanza, sigue haciendo proyectos: "Es imposible, me espera mi trabajo, no tengo tiempo para estar enfermo". Lucha, reacciona violentamente contra el mal que le ataca. **En la segunda etapa está la Ira o Rebeldía,** como la enfermedad progresa, el enfermo, lo quiera o no, se ve enfrentado con la realidad. Tiene que reconocer por fuerza sus limitaciones, su fiebre o sus dolores, la agravación del mal. Se vuelve agresivo, violento sobre todo con la persona que está más cerca de él, su cónyuge o su enfermera. Es la manera de descargar su frustración. De hecho, reclama atención y comprensión; si no la encuentra, se endurece y se sumerge en una actitud de rebeldía. En la **tercera etapa se genera el Pacto o Negociación** un estadio que conduce a la aceptación. El enfermo promete algo a Dios si le cura; puede ser un don, una suma de dinero para una obra, una peregrinación o un cambio. "He prometido a Dios, si me curo, iré a Lourdes", o bien "No volveré a beber alcohol, no fumaré", etc. Otros piden que "se encienda una vela para ellos", etc. En la **cuarta etapa está la Depresión,** donde sume al enfermo a un estado de melancolía. Parece esperar y creer en un

milagro; pero cuando se convence de que su estado empeora, de que no han servido de nada su rebeldía, ni sus promesas, cae en una profunda depresión. Por lo demás, este estado se produce a menudo en correspondencia a un debilitamiento de sus energías físicas. Se siente disminuido. Piensa en los suyos, vislumbra la hora en que habrá de separarse de los seres que ama. Y finalmente está la **quinta etapa del Consentimiento o Aceptación**, si logra encontrar la ayuda necesaria y llega a reconciliarse con lo que ha sido su propia vida, el enfermo puede pasar entonces a un último estadio, en el que la rebeldía y la depresión dejan sitio poco a poco a una especie de apaciguamiento, de aquiescencia a su estado, a su dependencia, o a su vejez e incluso a su fin. La Aceptación es uno de los factores que permite al paciente sobrellevar su tratamiento con serenidad y fortaleza interior. Muchas cosas han perdido importancia para él; la enfermedad le ha desprendido de ellas; ha adquirido otros valores y contempla su vida con ojos distintos, saliendo fortalecidos de esta experiencia dolorosa.

Como consecuencia a lo anterior, la justificación de la investigación tiene como finalidad; ayudar a los pacientes diagnosticados con cáncer a conocer el concepto de Resiliencia, y a reconocer que tienen inmersas muchas fortalezas, habilidades y cualidades que a través de ellas logren aceptar y superar la enfermedad con actitud positiva y digna. Hacer que el paciente reconozca que posee herramientas resilientes, muchas de las cuales están potencialmente esperando su accionar. Ayudarlos a encaminar la búsqueda de su propia autonomía para que asuman sus propias responsabilidades y no dependan de los demás. Tomar el control de sus síntomas, emociones y pensamientos. Buscar el cambio sustancial de su existencia, darle sentido a su vida a pesar de las restricciones, desarrollar capacidades para afrontar los retos de la vida; y finalmente el compromiso consigo mismo para llevar una vida digna, con sus valores, creencias y con la gente que los rodea.

Dentro del marco legal, en el Perú contamos con la Resolución Ministerial No 220-2010/MINSA, “donde se promueven las

investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental, en este caso en pacientes que viven con el cáncer” (Instituto Nacional de Salud, 2010).

En el Programa Nacional de Prevención Contra el Cáncer, dentro del Plan Estratégico 2006-2016 de la Coalición Multisectorial Perú del Ministerio de Salud, tuvo entre sus objetivos específicos, “desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención del cáncer, alentando la adopción de estilos de vida saludables y estimulando la detección temprana, que permita un manejo oportuno de lesiones malignas o premalignas” (Plan Estratégico 2006-2016 , 2006, pág. 4).

En el caso de los pacientes que vienen del interior del país, la Fundación Peruana de Cáncer (2016), les brinda alojamiento durante toda la extensión de su tratamiento, al igual que alimentación, traslados, medicinas y exámenes médicos no cubiertos por el Seguro Integral de Salud (SIS), además de ofrecer un apoyo multidisciplinario, económico, psicológico, emocional y espiritual. Asimismo, “busca elevar los estándares en la calidad de atención mediante la capacitación y especialización de médicos de la salud pública; así como, implementar las áreas oncológicas de diversos hospitales con equipos médicos de modo que puedan brindar una mejor atención al paciente oncológico” (Cancer, Fundación Peruana de, 2016).

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

García Cecilia Elena (2014) en la Zona Sur de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizó una investigación titulada ***“Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero”*** El objetivo de la investigación fue analizar si existe relación entre Inteligencia Emocional y Resiliencia en un grupo de mujeres con cáncer de útero en su etapa inicial. Se trata de un estudio empírico, descriptivo-correlacional. La población es de 60 mujeres que reciben tratamiento de cáncer de útero a nivel ambulatorio y hospitalario, el rango de edades es entre los 25 y 70 años. Los instrumentos utilizados son Cuestionarios de datos sociodemográficos construido Ad. Hoc, Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1992, versión argentina y la Escala RMMS-24, que está basada en Trait Meta.Mood Scale, (TMMS). El resultado de ambas muestras comprobó que existe una relación positiva y significativa entre Inteligencia Emocional y Resiliencia, evidenciando que las mujeres que tienen mayor edad son más resilientes, y poseen mayor capacidad para entender los diferentes estados emocionales (Garcia, 2014).

Sagrario García-Maroto Fernández (2015) en la ciudad Real en España, hizo una investigación con título ***“Ansiedad, Resiliencia e Inteligencia Emocional percibida en mujeres con cáncer de mama”*** El objetivo de la investigación ha sido estudiar la ansiedad, la resiliencia y la inteligencia emocional percibida en mujeres sanas y en pacientes con cáncer de mama; Analizar si la resiliencia y la inteligencia emocional percibida pueden actuar como predictores y/o moderadoras de la ansiedad estado de la ansiedad rasgo en el grupo de mujeres sanas y en el grupo de mujeres con cáncer de mama y explorar la relación entre las diferentes dimensiones de la inteligencia emocional percibida con la ansiedad estado y ansiedad rasgo; Determinar si ciertas variables

socioeconómicas en el grupo de las mujeres sanas y en el grupo de las mujeres con cáncer de mama presentan relación con la ansiedad, la resiliencia y la inteligencia emocional percibida y si en el grupo de las mujeres que presentan cáncer de mama ciertas variables clínicas van a influir en nuestras tres variables de estudio. El tipo de investigación es empírico, descriptivo y con estrategia asociativa. La muestra estuvo compuesta por un total de 300 mujeres, 150 con cáncer de mama y 150 sin la enfermedad, los instrumentos utilizados es la Escala de Ansiedad de estado-rasgo (STAI), la Escala de Resiliencia y el Trait Meta-Mood Scale-24. Los resultados demostraron que la ansiedad estado y la resiliencia son mayores en el grupo de mujeres con cáncer y las dimensiones de inteligencia emocional percibida obtienen significación negativa con ansiedad rasgo (García-Moroto Fernández, 2015).

Adriana Patricia Aguilar Correa (2016) Loja - Ecuador, realizó la investigación **sobre “La resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico De las pacientes con cáncer de mama de la sociedad de Lucha contra el cáncer de la ciudad de Loja. Periodo 2014 - 2015”** donde su objetivo principal fue establecer el porcentaje de pacientes con cáncer de mama se muestran resilientes al proceso terapéutico de la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja, a un grupo de 30 mujeres que reciben tratamiento de quimioterapia. El tipo de investigación es mixto: cualitativo y cuantitativo asumiendo la realización de tipo descriptivo. Se empleó la escala de resiliencia de Wagnild y Young y una encuesta semiestructurada que determinó los niveles, los factores protectores y las características personales, familiares y del entorno de resiliencia. Los resultados evidencian que las mujeres tienen un porcentaje Media alta, comprobando así que los factores protectores como la perseverancia, la satisfacción personal y la confianza en sí mismo, como los más altos, se determinaron que el apoyo familiar constituye una característica esencial durante todo el proceso de la enfermedad (etapa de diagnóstico y tratamiento médico). Una de las necesidades que surge, es implementar y optimizar el servicio

multidisciplinario y psicoeducación, para mejorar el tipo de afrontamiento durante el proceso de la enfermedad (Aguilar Correa, 2016).

Rocío Guil, Antonio Zayas, Paloma Gil-Olarte, Cristina Guerrero, Silvia González y José Miguel Mestre (2016) Cádiz – España, realizaron el estudio sobre “**Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama**” con el fin de evaluar la relación existente entre Bienestar Psicológico Percibido, Optimismo y Resiliencia en mujeres supervivientes de cáncer de mama. La muestra se aplicó a 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en fase de tratamiento adyuvante en las Unidades de Oncología del Hospital General de Jerez de la Frontera y del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz-España). La media de edad fue de 47,47 años, a quienes se les administraron la Escala de Bienestar Psicológico Percibido de Ryff (1989), el Life Orientation Test Revised (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) para evaluar el Bienestar Psicológico, el Optimismo disposicional y la Resiliencia respectivamente. El tipo de investigación es descriptivo en donde las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama revelaron niveles de Bienestar Psicológico, Optimismo disposicional y Resiliencia superiores a los valores medios aportados por las escalas. Sin embargo, los estudios de regresión revelaron que sólo algunas de las dimensiones de Resiliencia permitían revelar y presagiar algunas dimensiones de Bienestar psicológico, no así el Optimismo disposicional. Los resultados finales confirman que, si se trabaja la capacidad de moderar el afecto negativo generado por el diagnóstico y reacciones adversas propias de su tratamiento, así como también su capacidad de adaptación al nuevo contexto, finalmente lo que se pretende es contribuir en el incremento de su Bienestar Psicológico (Guil, y otros, 2016).

Andrés Martín Burán (2017) en la ciudad de Mendoza – Argentina, realizó una investigación titulada “**La Resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores**”. El tipo de diseño de la investigación es cuantitativo y no experimental de tipo transversal y/o

transeccional, con un enlace correlacional. El objetivo general es explorar la resiliencia y la calidad de vida en sus dimensiones en un grupo de adultos mayores y conocer si existe una vinculación entre ambas variables. La muestra se realizó a un total de 29 adultos mayores de ambos sexos (25 mujeres y 4 varones) cuyo promedio de años es de 73.76 años. Los resultados obtenidos demostraron que los adultos mayores, presentan niveles altos y moderados tanto de resiliencia como el de calidad de vida. No se evidenció la vinculación entre las dimensiones de ambas variables (Burán, 2017).

Adriana Godoy Dayana Vásquez (2017) Maracaibo – Venezuela, realizó una investigación sobre ***“Resiliencia y Autoestima en cuidadores primarios de niños con cáncer”*** en el Hospital de Especialidades Pediátricas en Maracaibo, el propósito de la investigación fue establecer la relación que existe entre resiliencia y autoestima en los cuidadores primarios de niños con cáncer. El tipo de estudio es descriptivo, nivel correlaciona con modelo de campo y diseño no experimental, transeccional-correlacional a un total de 100 padres de familia y/o cuidadores, los instrumentos utilizados son Resiliencia de Wagnild y Young y el inventario de Autoestima para Adultos de Coopersmith. Se encontró un nivel medio de resiliencia y autoestima, existiendo una relación significativa entre las variables, de perseverancia y el sí mismo general y la autoestima, ambas débiles y negativas (Godoy & Vasquez, 2017).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Deyvi Baca Romero (2013) Trujillo – Perú realizó una investigación con el título ***“Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo”*** teniendo como objetivo identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. El Diseño utilizado es transversal y tipo de estudio correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos, que acudieron a un hospital de

Trujillo durante el período noviembre-diciembre del 2012. Los instrumentos fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2003); y, el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007). Los resultados concluyeron que hay una correlación directa entre el nivel de resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer. Además, se reveló diferencias del nivel de resiliencia según el nivel de instrucción; no se encontraron diferencias del nivel de resiliencia según sexo, grupo étnico, tipo de cáncer, fecha de diagnóstico y nivel del proceso de atención médica (Baca Romero, Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo, 2013).

Anaís Jackelin Ascencio Puicón (2013) en la ciudad de Chiclayo – Perú realizó un estudio de investigación con el tema **“Resiliencia y Estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013”** con el objetivo de determinar la existencia de asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013. El tipo de investigación es correlacional por asociación. La muestra evaluada es de 70 pacientes entre los 25 y 60 años de edad, a quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció que existe asociación entre los niveles de resiliencia y los estilos de afrontamiento, el nivel de resiliencia es medio, seguido del nivel alto y el nivel bajo. Las pacientes eligieron el estilo centrado en la emoción, seguido del estilo centrado en el problema y finalmente del centrado en otros estilos. Lo que significa que la paciente oncológica resiliente, conociendo su diagnóstico y mediante la expresión de las emociones, ya sea de forma positiva o negativa, analiza la manera de sobreponerse a ella, lo que le permite sobrellevar la enfermedad (Ascencio Puicón, 2013).

Bracamonte Alejandría Ana Guiselle, y Díaz Nizama Diana Liz (2015) Chiclayo – Perú, realizaron la investigación de ***“Depresión Y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un Hospital de Chiclayo, 2013”*** con el objetivo de determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, para este fin se aplicaron dos instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El diseño utilizado es no experimental y de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al Servicio de Oncología de un hospital para recibir tratamiento. El resultado obtenido es que existe una correlación negativa entre ambas variables, lo que significa, que, a menor depresión, la capacidad resiliente es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas (Bracamonte Alejandría & Díaz Nizama, 2015).

Eliana Esther Nilce López Huamán y Vasthi Paola Guevara Ccapa (2015) realizaron la investigación sobre ***“Religiosidad y resiliencia en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima Este”*** con el objetivo de estipular si existe correlación significativa entre la religiosidad y resiliencia en estudiantes de psicología de una Institución Privada de Lima Este. El estudio de corte transversal y de tipo. La muestra se tomada fue a 155 estudiantes de psicología de ambos sexos, con edades entre 18 y 30 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Religiosidad; y la Escala de Resiliencia (ER). Para la confirmación de las hipótesis se empleó la Prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson, donde se estableció una relación moderadamente significativa entre religiosidad y resiliencia, así como de sus respectivas dimensiones. Destacando la perseverancia en un nivel alto de correlación con la religiosidad y sus respectivas dimensiones. Concluyen que el nivel de religiosidad contribuye de manera positiva para el afrontamiento de la formación universitaria (López Huamán & Guevara Ccapa , 2015).

Isaías Burga Delgado, Tito Sánchez Vásquez (2016) en la ciudad de Lima-Perú, en la Revista de Investigación Apuntes Psicológicos Volumen 1, Número 2 (2016), puntualizan su investigación sobre ***“Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en el HNGAI – EsSalud”***. Teniendo como objetivo determinar la relación que existe entre inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud de Lima. El tipo de estudio es no experimental de corte transversal y de tipo correlacional, la muestra se tomó a un total de 57 pacientes con cáncer de mama, entre los 23 y 89 años de edad. Los instrumentos utilizados en la investigación fueron la Escala TMMS-24 de Salovey y Mayer adaptada por Fernández, Extremera y Ramos (2004) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptada por Novella (2002). Los resultados mostraron que existe una relación altamente significativa y positiva entre ambas pruebas, evidenciando mayor nivel de inteligencia emocional y niveles de resiliencia (Burga Delgado & Sánchez Vásquez, 2016).

Erick Alexander Calle Calderón (2017) Lima – Perú, realizó una investigación sobre ***“Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer gástrico con y sin antecedentes de violencia familiar de un hospital de Lima, 2017”***, teniendo como objetivo dar a conocer la relación entre la inteligencia emocional y la resiliencia en los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico con y sin antecedentes de violencia familiar de un hospital de Lima, 2017. La población estuvo conformada por 60 pacientes, 32 hombres y 28 mujeres, que oscilan entre edades de 23 a 77 años. Se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos con su respectiva validez y confiabilidad. Primero, fue la escala de TMMS-24 de Salovey y Mayer (1995) adaptada por Fernández, Extremera y Ramos (2004) y segundo: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2003). Por lo tanto, afirma que existe una correlación entre inteligencia emocional y resiliencia, lo que significa que aquellos pacientes que presentan mayores

niveles de inteligencia emocional, presentan mayores niveles de resiliencia (Calle Calderón, 2017).

2.2 BASES TEÓRICAS

En esta sección se plasma el sustento de algunas bases teóricas sobre la resiliencia y el Cáncer, considerando que resiliencia es la variable de estudio.

El constructo de resiliencia se logra gracias a la investigación de muchos años. Donde los resultados de estos estudios evidencian en dos generaciones o etapas.

2.2.1 Resiliencia.

En la primera generación o etapa se asocia directamente al estudio longitudinal realizado por Emmy E. Werner y Ruth S. Smith a mediados de la década de los 50, la investigación fue ejecutado durante treinta años con una cohorte de 698 niños y niñas nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables (niños expuestos a riesgos prenatales, perinatales y postnatales), treinta años después, el 80% de los niños se desarrollaron positivamente, convirtiéndose luego en adultos competentes y bien integrados, mientras que los niños que no eran resilientes se mostraban ansiosos, tímidos, temerosos, retraídos, en tanto, los resilientes eran vistos como muy activos, despiertos, autónomos. Esta investigación es considerada como uno de los primeros trabajos científicos que favorecieron la instauración de la Resiliencia como un tema de investigación. (Carretero Bermejo, 2010). Melillo & Suarez (2002) citado por (Baca Romero, 2013, pág. 15). En esta primera generación, se desplaza el interés inicial de estudiar las cualidades personales que permitían superar la adversidad (autoestima y autonomía) hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (nivel socioeconómico y estructura familiar); en un afán de organizar los factores resilientes encuentran: atributos individuales, aspectos de la familia y características del ambiente social.

En la segunda generación o etapa, algunos investigadores siguen realizando estudios considerando los resultados encontrados en la primera generación o etapa, centrados en establecer, de qué manera se consiguen los resultados resilientes, cómo se produce el proceso que da lugar a superar la adversidad y salir fortalecido de ella. En la primera generación o etapa se da el descubrimiento de la resiliencia como una capacidad dada cuando un individuo se adapta positivamente frente a una situación de adversidad, mientras que en la segunda generación o etapa se concibe la resiliencia como un proceso que puede ser promovido a nivel individual, familiar y comunitario.

(Burga Delgad & Sánchez Vásquez, 2016) reconoce a Michael Rutter (1979-1985) como uno de los investigadores más relevantes en esta generación, aportando resultados al desarrollo del concepto de Resiliencia y marco teórico. La combinación de los factores de lazos afectivos con la familia, los sistemas de apoyo informal fuera del hogar y los atributos personales como lo social, ayuda a la persona a tener mejor afronte para superar los problemas de la vida. Wortman y Silver (1989) recogieron datos empíricos que rompían los prejuicios que existían sobre las personas expuestas a traumas, en su conclusión encontraron que las personas sufren una pérdida irreparable, experimentan reacciones intensas de duelo y sufrimiento inevitables, su ausencia no significa necesariamente que exista o se generen trastornos como la depresión. Además, encontraron en este estudio que el 60% de las personas salieron fortalecidas de sucesos traumáticos y el 40% experimentaron daños mínimos de la situación de agravio.

Actualmente, el constructo resiliencia viene siendo ampliamente estudiado desde las diferentes perspectivas y teorías por diversas instituciones nacionales e internacionales de acuerdo con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011).

A) Tipos de Resiliencia

Entre los tipos de resiliencia citamos a la resiliencia interna y externa. La resiliencia interna se caracteriza porque las personas utilizan sus propios recursos para desarrollarse positivamente y sobreponerse a la adversidad; mientras que la resiliencia externa se basa fundamentalmente por recibir el apoyo de otras personas como son la familia, los amigos, grupos sociales o instituciones.

Beardslee (1989) indica que resiliencia es la habilidad para adaptarse y restaurar el equilibrio, está compuesta por la autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente. Distintos investigadores conceptualizan a la resiliencia como la suma de factores individuales, familiares y sociales, así como una función de factores de protección compuestos de recursos personales y sociales. La base fundamental de la resiliencia está fundada bajo los atributos disposicionales, ligadas a la unión familiar afectiva y al apoyo externo, además, la ecuanimidad, sentirse bien solo, autoconfianza, perseverancia y confianza en sí mismo han sido identificados como las características de la escala de resiliencia por Wagnild y Young, 1993, citado por (Becoña, 2006, pág. 129).

B) Características de Resiliencia

(Álamo , Caldera , & Cardozo, 2012, págs. 208-130) en su investigación sobre “Resiliencia en Personas con Cáncer” refiere que las características de conductas Resilientes según Manciaux, (2003), refiere que las conductas resilientes forman parte de una situación de riesgo, la resiliencia es una característica decisiva para el éxito de las personas, aunque éstas pasan inadvertidas. Toda persona tiene capacidad de promover conductas de sus vivencias y utilizarlas para afrontar cualquier desafío. El autor también manifiesta que estas conductas se desarrollan de acuerdo a las características individuales y del entorno de quien utiliza sus

propios recursos. En su revisión Polk (1997) elaboró 26 clusters o características, los cuales redujo a seis: Atributos psicosociales, físicos, roles, relaciones, solución de problemas y creencias filosóficas. A su vez los atributos psicosociales y físicos fueron mezclados, así como los roles y relaciones, instaurando cuatro patrones o factores para la resiliencia: a) El patrón disposicional se refiere a los atributos del físico b) y a los atributos psicológicos relacionados con el ego. c) Los atributos psicosociales incluyen la competencia personal y un sentido del self; d) los atributos físicos son factores constitucionales y genéticos que permiten el desarrollo de la resiliencia. Estos factores físicos incluyen la inteligencia, la salud, la predisposición y el temperamento.

El patrón relacional, es una característica de roles y relaciones que influyen la resiliencia, este patrón incluye aspectos intrínsecos y extrínsecos, donde el valor más cercano es la relación de confianza como de una amplia red social. A nivel intrínseco, les da sentido a las experiencias, tener habilidades en identificar y relacionarse con modelos positivos y tener buena voluntad para buscar a alguien en quien confiar. Igualmente, en tener una profunda confianza en las relaciones y el desarrollo de la intimidad personal.

El patrón situacional se refiere al acercamiento de características que se manifiestan como habilidad de soluciones de problemas, atributos que indican valoraciones cognitivas y capacidades para hacer frente una situación. El patrón situacional incluye habilidades y capacidades para hacer frente a una situación realista de las expectativas de esa acción; incluye también la capacidad de especificar metas más limitadas, para percibir cambios, para reflexionar sobre nuevas situaciones, para afrontamiento orientado a los problemas activo. Perseverancia, flexibilidad y disposición de elementos que contribuyan al patrón de resiliencia como un locus

de control interno. El patrón situacional manifiesta la búsqueda de creatividad, curiosidad, novedades y naturaleza exploratoria.

El patrón filosófico, se exterioriza a través de las creencias personales. Las creencias dan la reflexión sobre uno mismo, sobre los eventos más importantes que favorecen a este patrón. El darle un significado positivo en las experiencias, hace que exista una convicción para darle valor a la vida y vale la pena vivirla de manera significativa. Esto es, que la vida tiene un propósito, que cada persona tiene un camino en la vida que es único y que es importante conservar una perspectiva objetiva de la propia vida.

Otros autores indican varias características que tiene el concepto de resiliencia.

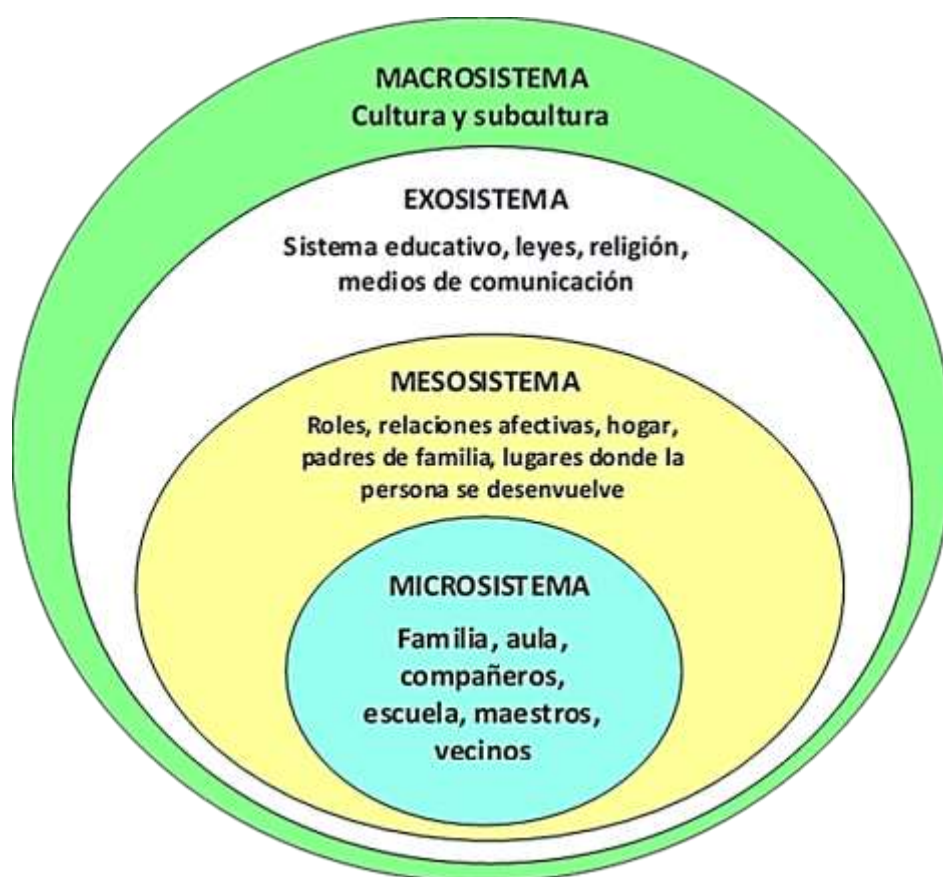
Harvey (1996) “señalaba una serie de características de la resiliencia cuya integridad o daño mostraban la capacidad resiliente: 1) control del proceso de recuerdo de las experiencias traumáticas; 2) integración de la memoria y los afectos; 3) regulación de los afectos en relación al trauma; 4) dominio de la sintomatología; 5) autoestima; 6) cohesión interna (pensamientos, afectos y acciones); 7) establecimiento de vínculos seguros; 8) comprensión del impacto del trauma, y 9) elaboración de un significado positivo” (Cabaynes Truffino, 2010, pág. 146).

Las características del medio ambiente poseen gran importancia para el desarrollo y bienestar personal y familiar, estos son factores que los hace resilientes. Las condiciones de salud y estabilidad de vivienda, los modelos positivos y los recursos formales e informales. (Cabaynes Truffino, 2010, pág. 148) (Cabaynes Truffino, 2010, pág. 146).

C) Teorías y modelos que explican la resiliencia

C1) Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979-1992)

(Suárez Relinque, 2014, págs. 28-35), señala una serie de componentes del desarrollo y desenvolvimiento del individuo en su medio ambiente. Las personas participan de forma directa en distintos ambientes donde influyen o se dejan influenciar a nivel de desarrollo cognitivo, moral y relacional. Esta teoría es la más aceptada en el campo de la psicología evolutiva moderna.



En 1980, Moos y colaboradores propusieron el Modelo Ecológico social, según el cual el ambiente es considerado un sistema de características sociales (presión inferida dentro del ambiente), físicas (aspectos geográficos, del clima, y arquitectónicos), supra personales (características agregadas de las personas que habitan en el medio ambiente) y de organizaciones de las instituciones.

Figura N° 1: Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979) citado en (Ramírez Ramírez, y otros, 2014)

Este sistema les da importancia a los factores ambientales del individuo como los atributos genéticos que se desarrollan en función del contacto con el entorno que realiza el individuo. Parte de la relación entre la genética y el entorno.

El modelo ecológico postuló una visión más integral, sistémica y naturalista del desarrollo psicológico, ligados al ambiente que constituye la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. Y, por lo tanto, sobre el desarrollo psicológico de las personas. Estas estructuras se dan desde el momento que nace el ser humano y perduran en ella durante toda su vida.

Los sistemas del modelo ecológico están conformados por microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Microsistema: Fija el nivel más cercano a la persona. Este incluye los comportamientos, roles y relaciones cotidianos en los que se desenvuelve el individuo, como son el hogar, colegio, trabajo, relaciones con los amigos, jefes, los centros médicos, médicos, enfermeras, etc. La persona es capaz de interactuar cara a cara con los demás y permanecer durante la mayor parte de su día en el lugar. Por momentos pueden modificarse y afectar de forma directa al individuo como la formación de una nueva familia, cambio de escuela o puesto de trabajo, un divorcio, una enfermedad crónica como el cáncer que requiera hospitalización, cambio de amistades, etc.

Mesosistema: Comprende la relación de dos o más entornos en los cuales el individuo participa activamente, como por ejemplo la interrelación entre la familia y el trabajo o, la vida social y el hospital. El individuo desarrolla la función de comunicador entre más personas con las que se relaciona como la familia, el colegio, el trabajo, los amigos, el hospital, etcétera.

Exosistema: “Se refiere a más de un entorno que comprende el desarrollo de la persona dentro del sistema educativo, trabajo, leyes, religión, medios de comunicación, pareja, etcétera.

Macrosistema: Se refiere a la cultura y la sub cultura donde se desarrolla el individuo, la clase social, el grupo étnico y religioso, las costumbres sociales y las normas socio-culturales determinan el desarrollo individual y la forma de sus relaciones. Las normas socio culturales cambian en función a la región geográfica y cultural, cuanta más diferencias culturales entre regiones, mayores serán las diferencias en el desarrollo individual de sus integrantes. Cada individuo nace con una parte biológica que determina su desarrollo y progresión, a pesar de que los elementos genéticos suelen ser altamente vulnerables al ambiente, estos también ejercen un papel más o menos relevante en el desarrollo de la personalidad y las características individuales de los sujetos. (Gratacós, 2017)

C2) Modelo Wolin Y Wolin

Los investigadores (Wolin & Wolin, 1993) nos muestran los siete pilares que generan procesos resilientes que ayudan a las personas mediante la realización de una figura llamada «mandala de la resiliencia»

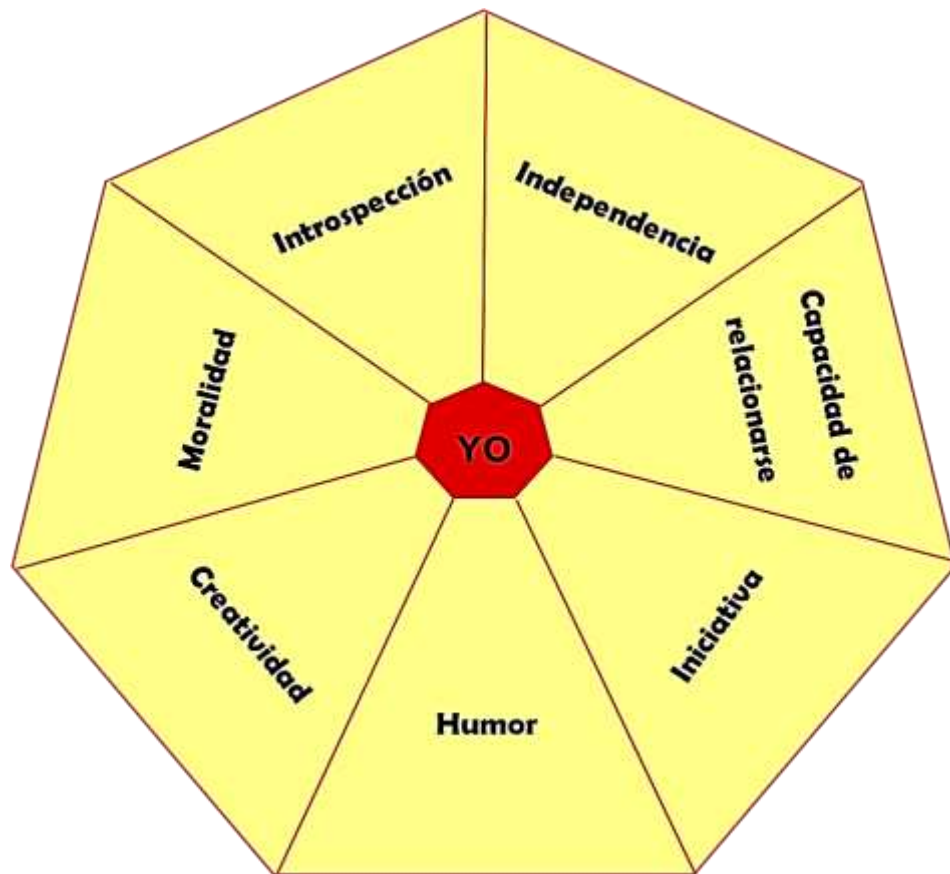


Figura Nº 2: Siete pilares de la resiliencia (Wollin y Wollin, 1993).

Al centro de los siete pilares se encuentra el individuo.

1. **Introspección:** Se refiere a la observación de nuestros pensamientos, emociones y actos, mediante este sistema adquirimos una visión real de lo que somos aumentando la capacidad de tomar decisiones, de conocer nuestras aptitudes y limitaciones. Cuanto más nos conocemos, mejor será la forma positiva de afrontar las situaciones difíciles.
2. **Independencia:** Es la capacidad que tienen las personas para mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse, capacidad para establecer límites entre uno mismo, las personas cercanas y las situaciones adversas.
3. **Capacidad de relacionarse:** Es la habilidad para crear lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. Aquí encontramos las cualidades como la empatía o las habilidades sociales.

4. **Iniciativa:** Es la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos, se hace referencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas paulatinamente más exigentes.
5. **Humor:** El sentido de humor es la capacidad que ayuda a superar los obstáculos y problemas, es encontrar lo cómico en la tragedia.
6. **Creatividad:** Es la capacidad de crear y expresar a partir del caos y el desorden un orden, belleza y finalidad.
7. **Moralidad:** Se refiere a los valores sociales, a la conciencia moral y a la capacidad de discriminar entre lo bueno y lo malo.

La evolución de estos pilares la realiza Suárez (2004) para recoger las características de la resiliencia individual de Wolin y Wolin (1993) y englobarlas en cuatro componentes. De este modo se especifica mejor las cualidades que engloban cada uno de ellos y nos aporta una mayor concreción para el fortalecimiento de las mismas. Así, destaca 4 pilares:

1. **Competencia social:** habilidades sociales, autoestima, empatía, humor, flexibles y adaptables a los cambios, moralidad, creatividad, optimismo. Habilidades prosociales.
2. **Resolución de problemas (iniciativa):** habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de buscar soluciones alternativas.
3. **Autonomía (autodisciplina, independencia, locus de control interno):** Es la habilidad para actuar de manera independiente, de controlar elementos del propio ambiente que se refiere al sentido de la propia identidad.
4. **Expectativas positivas de futuro.** Se refiere a la capacidad de pensamiento crítico, de tener fe en un futuro mejor, es tener capacidad de autoeficacia, expectativas saludables, dirección hacia objetivos, sentido de la anticipación y de la

coherencia, (Mateu Pérez, García Renedo, Gil Beltrán, & Caballer Miedes, 2009, págs. 231-248).

C3) Modelo de la Casita de Vanistendael (1994).

Según este modelo, Vanistendael hace referencia de similitud entre una casa y una persona resiliente: ambos no tienen estructuras rígidas, fueron construidas, tienen su propia historia de vida, necesitan de cuidados y mantenimientos. Sus habitaciones o ambientes se comunican o están entrelazadas a través de pasillos, escaleras y puertas, todos estos elementos promueven la resiliencia.



Figura N° 3: Modelo de la casita de Vanistendael, tomado de “Mi Espacio” Resiliente (Sáenz, 2013)

El suelo constituye el elemento básico para construcción. Por tanto, las necesidades materiales básicas (vivienda, alimento, ropa...) deben ser satisfechas para que la construcción de la resiliencia se pueda dar, es evidente que no solo basta de techo y comida, sino que va más de estas necesidades.

Los cimientos responden a la confianza adquirida a través de las experiencias vividas con los más cercanos. El vínculo que nos une a familia, amigos... sentirnos aceptados, comprendidos, es básico para la construcción de resiliencia.

Subiendo al primer piso, nos encontramos con la necesidad de darle sentido a lo que nos ocurre. Tenemos que ser capaces de responder al “para qué” nos ocurren las cosas, dándoles significado e iniciando el aprendizaje que nos lleva más allá del “por qué”.

En el segundo piso, encontramos los elementos básicos de la resiliencia como son las experiencias, la autoestima, las aptitudes personales y sociales y el sentido del humor.

Finalmente, está el **techo** donde se sitúa las nuevas experiencias, el incorporar nuevos elementos nos ayudan a la construcción de la resiliencia.

C4) Modelo Psicosocial

Edith Grotberg en 1996, luego de un amplio estudio, concluye su investigación describiendo 4 fuentes interactivas de la resiliencia para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformados:

“Yo tengo” relacionado al entorno social, a las personas en las que confío y me quieren incondicionalmente; personas que me ponen límites para evitarme peligros; personas que me inculcan aprendizaje para desenvolverme solo; personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro, o cuando necesito aprender.

“Yo soy” y “yo estoy”, se refiere a las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales. Yo soy alguien por quien los demás sienten aprecio y cariño, soy feliz cuando doy lo mejor de mí a los demás, soy respetuoso conmigo mismo y con el prójimo. Yo

estoy dispuesto de hacerme cargo de mis actos y estoy seguro que todo me saldrá bien.

“Yo puedo”, manifestar sobre mis miedos e inquietudes; resolver mis problemas, evitar los peligros, ser prudente al momento de expresarme, buscar ayuda cuando lo necesite.

C5) Modelo explicativo

Eugenio Saavedra en 2003, establece las siguientes categorías:

- 1) **Respuesta Resiliente**: describe una acción orientada a metas.
- 2) **Visión del problema**: se toma en cuenta la situación desde un punto de vista abordable.
- 3) **Visión de uno mismo**: practicar la auto observación con afectividad y cognición positiva y proactiva ante la resolución de los conflictos.
- 4) **Condiciones de Base**: Está determinado por el sistema de creencias y lazos sociales de la persona. La seguridad básica se interpreta como la acción específica y los resultados.

El modelo de Saavedra, tiene un carácter complementario al de Grotberg para estudiar profundamente los distintos niveles de la constitución de la resiliencia y las manifestaciones de la misma en el habla del sujeto. Esto es así ya que Saavedra y Villalta (2008) postulan que la Resiliencia es una forma de interpretar y actuar ante los problemas que es recurrente en la historia del sujeto de estudio, y que el habla, actualiza la historia del mismo, al tiempo que la transforma. De esta manera, de la combinación de ambos modelos, surge un modelo conjunto planteado por Saavedra, representado por la siguiente matriz:

Tabla N° 1

Modelo explicativo, tomado de: Saavedra y Villalta, 2008

Categorías	CONDICIONES DE BASE	VISIÓN DE SI MISMO	VISIÓN DEL PROBLEMA	RESPUESTA RESILIENTE
Juicios	Creencias y vínculos sociales	Autoobservación	Abordable	Metas
Yo soy, Yo estoy	F1: Identidad Juicios y valores culturales	F2: Autonomía Juicios de vínculo personal. Aporte sociocultural	F3: Satisfacción Interpretación del problema.	F4: Pragmatismo Interpretación de acciones.
Yo tengo	F5: Vínculos Valor de la socialización	F6: Redes Vínculo afectivo con entorno social.	F7: Modelos Convicción del papel del modo social	F8: Metas Valor metas y redes sociales.
Yo puedo	F9: Afectividad Posibilidades sobre sí mismo, vínculo sobre el externo	F10: Auto eficacia Posibilidades del éxito ante una situación problemática	F11: Aprendizaje Situación problemática - posibilidad de aprendizaje	F12: Generatividad Pedir ayuda para solucionar problemas.

Fuente: Datos adecuados para esta investigación.

F1: Identidad: (Yo soy/Yo estoy-Condicioness de Base) Se refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Formas particulares de interpretar los hechos de una manera estable a lo largo de la historia de la persona.

F2: Autonomía: (Yo soy/Yo estoy-Visión de sí mismo) Son juicios que se refieren el vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

F3: Satisfacción. (Yo soy/Yo estoy-Visión del problema) Refiere juicios que revelan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

F4: Pragmatismo (Yo soy-Respuesta Resiliente) Juicios que revelan la forma de interpretar las acciones que realiza.

F5: Vínculos: (Yo tengo-condiciones de base) Juicios que ponen de realce el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en su historia personal.

F6: Redes (Yo tengo-Visión de sí mismo) Juicios referente al lazo afectivo que se establece con su ambiente social cercano.

F7: Modelos (Yo tengo-Visión del problema) Juicios que se refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

F8: Metas: (Yo tengo-Respuesta Resiliente) Juicios que refieren el valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

F9: Afectividad (Yo puedo-Condiciones de base) Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

F10: Auto eficacia (Yo puedo-Visión de sí mismo) Juicio sobre posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

F11: Aprendizaje: (Yo puedo-Visión del problema) Juicios valorativos sobre una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.

F12: Generatividad (Yo puedo-Respuesta Resiliente) Juicios que se refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

Desde esta perspectiva, se considera que la Resiliencia se construye y actualiza a lo largo de la vida del individuo, se adquiere especial relevancia a lo largo de las etapas de vida, y que están basadas en los cambios o crisis que caracterizan a un

grupo de edad en un contexto socio histórico determinado (Villalta, 1996). El afrontamiento de estas crisis vitales, supone para el sujeto una predisposición al desarrollo o estancamiento de potencialidades, siendo el desarrollo una respuesta resiliente. Loseba Iraurgi Castillo, Alberto Blánquez, Ana Estévez, Susana Gorbeña, Begoña Matellanes, Sara San Nicolás (2012)

D) Factores relacionados a la resiliencia

Factores culturales: El factor cultural se basa en la importancia de recibir el apoyo social, donde este apoyo entra en conflicto con los valores que se promueven en este tipo de culturas como la independencia, la autoconfianza y el control interno. Las culturas colectivistas, la recepción de apoyo y el intercambio se perciben de manera positiva que en las culturas individualistas.

Factores psicológicos: Independientemente del apoyo real, las personas interpretan el apoyo de manera consistente con sus creencias más profundas; de tal forma que los esquemas formados en la infancia respecto a cómo uno debe ser tratado, suelen influir en la calidad y cantidad de interacciones en la adultez. Los sujetos optimistas, asertivos, con alta autoestima y, con habilidades sociales adecuadas, suelen percibir altos niveles de apoyo de diversas redes sociales y se sienten más satisfechos con él. Por otro lado, los sujetos ansiosos, con ánimo deprimido, baja autoestima, bajos niveles de satisfacción con la vida, suelen percibir menores cantidades de apoyo social y por tanto, su valor personal es negativa.

Factores socioeconómicos: La familia es considerada como la base fundamental del principal apoyo para el individuo; sin embargo, cuando no se cuenta con los medios económicos necesarios esta relación cambia, en estas circunstancias, las redes sociales de la comunidad suelen convertirse en una fuente de apoyo primaria y altamente significativa. Los niveles altos de estrés y ansiedad

afectan de manera negativa las habilidades sociales de las personas, mostrándose incapaces de mantener relaciones seguras, disminuye su bienestar y acceso al apoyo social. Dada la importancia que tiene la percepción del apoyo social en relación con la satisfacción personal, los sentimientos de soledad y depresión, es ineludible evaluar los diferentes tipos de apoyo social percibido con que cuenta la persona. (Rodríguez, 2011, pág. 119)

2.2.2 Generalidades del cáncer

El cáncer se define como un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células malignas, originando en la mayoría de los casos tumores que pueden originar la muerte si no son detectados a tiempo. “Las células de nuestro cuerpo pueden alterarse por diversos factores, los cuales pueden ser: hereditarios, ambientales, laborales y sobre todo aquellos relacionados a los estilos de vida” (Limache García, 2009, pág. 6).

“El Cáncer, es un problema de salud pública, que se relaciona la transición epidemiológica con aspectos genéticos, pero también con los estilos de vida. Enfermedad prevenible, detectable y curable en estadios tempranos. 7 de cada 10 pueden ser prevenidos” (Medina, 2016).

A) Niveles de prevención:

Los autores (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011) nos describen de la siguiente manera los diferentes niveles de prevención del cáncer:

Prevención primaria: Tiene como finalidad prevenir la muerte por cáncer, disminuir la incidencia de la enfermedad buscando encontrar el tratamiento curativo y encontrar la manera de evitar la aparición de la enfermedad. Los estudios epidemiológicos evidencian que el cáncer es evitable, las prevenciones son consideradas como las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad, dentro de las estrategias de prevención está prohibir o disminuir la

exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención secundaria: Son acciones destinadas a la detección o diagnóstico precoz de la enfermedad y al tratamiento oportuno del cáncer. La detección y tratamiento en estas fases, dan lugar a un descenso en la tasa de mortalidad. Esto es lo que persiguen los programas de cribado.

Prevención terciaria: Tiene como finalidad curar la enfermedad, hacer que el tumor fatal sea curable o de lo contrario prolongar la supervivencia mediante tratamientos de quimioterapias, radioterapias, cirugías y terapias paliativas, cuya finalidad es minimizar el sufrimiento por la pérdida de la salud; facilitarle la adaptación al tratamiento.

B) Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se determina por medio de estudios patológicos que se realiza a la muestra proveniente de la cirugía o biopsia. El diagnóstico se determina mediante la prueba anatomopatológico.

Existen 5 tipos principales de cáncer provenientes de un determinado órgano donde se origina, del tipo de célula del que deriva y del aspecto de la célula tumoral:

1. **Carcinomas:** derivados de las células que recubren la superficie interna o externa de los órganos.
2. **Sarcomas:** derivados del tejido conectivo como son el cartílago, tendones, huesos, vasos, grasa y músculo.
3. **Linfomas:** originados en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
4. **Leucemias:** originadas en las células de la médula ósea, encargadas de producir células sanguíneas.

5. **Mieloma:** Se presenta en las células plasmáticas de la médula ósea. (Fundación ECO, 2014, pág. 6)

El Ministerio de Salud señala que “en nuestro país los cánceres más frecuentes son de dos tipos, en las mujeres son el cáncer de mama y de cuello uterino y en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata. El cáncer de pulmón y de estómago afecta tanto a varones y mujeres” (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

C) Factores.

La (Organización Mundial de la Salud, 2017) **describe** los distintos factores de riesgo de la siguiente manera:

1. **Factores de riesgo:** El consumo de tabaco, el exceso de peso, la mala alimentación, la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, las infecciones genitales por papilomavirus humanos, las infecciones por los virus de las hepatitis u otras infecciones oncogénicas, las radiaciones ionizantes y ultravioleta y la contaminación del aire son factores de riesgo.
2. **Factores Ambientales:** Según estimaciones de la OMS, una de cada tres muertes por cáncer ocupacional se debe a la mesoteliomas y asbestosis.
3. **Factores de protección:** Se sugiere introducir cambios en el estilo de vida, mantener un peso saludable, llevar una dieta sana y realizar ejercicio físico regularmente.

D) Detección.

(Arlanzón Hernández, 2017) Nos informa que para llegar a un buen diagnóstico es indispensable realizar una buena anamnesis, recabando los síntomas, las características del inicio, evolución temporal, factores desencadenantes;

antecedentes oncológicos familiares; hábitos y exposiciones a tóxicos, tratamiento con medicamentos, alergias...

Exploración física: Permite localizar tumores pequeños que tienen consistencia, márgenes, relaciones anatómicas, movilidad, inflamación, dolor, ulceración o sangrado del paciente.

Diagnóstico histopatológico: Cualquier tumor maligno solo puede ser considerado como tal si hay un diagnóstico histológico definitivo, esto quiere decir mediante una biopsia, punción-aspiración con aguja fina de masas sólidas o quísticas o el examen de la pieza quirúrgica.

Diagnóstico molecular: Permite determinar las anormalidades genéticas asociadas a mutaciones en el ADN. La utilidad es establecer el diagnóstico definitivo y la clasificación de tumores con alteraciones moleculares únicas; posibilita una detección precoz de células tumorales; aporta información pronóstica, y posibilita la elección de un tipo tratamiento de acuerdo a la tipología del paciente.

Técnicas endoscópicas: Son útiles en el diagnóstico de tumores que asientan en el aparato digestivo (altas y bajas) y el árbol bronquial.

Diagnóstico por imagen: Los diferentes métodos de imagen son: radiología simple, la radiología baritada, la ecografía, la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y las técnicas de medicina nuclear

E) Extensión y estadio de la enfermedad

El (Instituto Nacional del Cáncer, 2015) estadio de cáncer viene a ser el tamaño y la extensión del tumor, esta información permite conocer la gravedad de la enfermedad y sobrevivencia,

esta información ayudará al médico oncólogo realizar un plan de tratamiento e identificar los estudios clínicos más apropiados.

Hay muchos sistemas de estadificación como el sistema **Tamaño, Nódulo, Metástasis** (TNM) que se utilizan para comprobar el tipo de cáncer por su ubicación en el cuerpo, el tipo de células, tamaño del tumor, diseminación a ganglios linfáticos y a otras partes del cuerpo y, el grado de tumor.

Tabla N° 2: Extensión y estadío de la enfermedad

ESTADIO	SIGNIFICADO
Estadio 0	Carcinoma in situ, no es cáncer, pero puede convertirse. Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano.
Estadio I, Estadio II y Estadio III	Hay cáncer presente. Cuanto más grande es el número, mayor es el tumor, por lo tanto, los tejidos cercanos están extendidos o comprometidos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a distantes partes del cuerpo.

Otro sistema de estadificación es:

1. **In situ** — Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado a tejido cercano.
2. **Localizado** — El cáncer se ha limitado al lugar en donde empezó, no está diseminado.
3. **Regional** — El cáncer se ha extendido a estructuras cercanas, como a ganglios linfáticos, a tejidos y órganos.
4. **Distante** — El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

5. **Desconocido** — No hay información suficiente para determinar el estadio.

F) Tratamiento.

En la actualidad, según la (Society, American Cáncer, 2015) describe que, con la aplicación y la combinación de las terapias contra el cáncer, se alcanza un importante porcentaje de curación de los pacientes oncológicos. En aquellos casos en los que la curación no es posible, el segundo objetivo del tratamiento del cáncer es la prolongación de la supervivencia, la paliación y disminución de los síntomas, y el mantenimiento de la calidad de vida. Estos objetivos se alcanzan con un manejo multidisciplinar entre los distintos profesionales que intervienen en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

Las terapias empleadas para el tratamiento del cáncer pueden pertenecer a cinco grandes familias: Cirugía oncológica, Radioterapia, Quimioterapia – manejo clínico, Hormonoterapia, Inmunoterapia, terapéutica biológica.

1. **Cirugía Oncológica:** Es uno de los cimientos fundamentales del tratamiento oncológico, salvo en tumores quimioterapiables.
 - **Curativa:** Es la extirpación del tumor primario.
 - **Recidivas y metástasis:** Es un procedimiento radical, permite incrementar la supervivencia y controlar síntomas.
 - **Cirugía Citorreductora:** Su finalidad es reducir el volumen tumoral para obtener mayor respuesta a los tratamientos complementarios.
 - **Paliativa:** Su finalidad es evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
2. **Radioterapia:** La radioterapia es el uso de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas o reducir el tamaño del tumor. La radioterapia destruye las

células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético imposibilita el crecimiento.

3. **Quimioterapia:** La quimioterapia tiene la intención de parar o retrasar el crecimiento de dichas células, el tipo de medicamento tiene la función de destruir células cancerosas y como consecuencia también las células sanas, su administración es por vía intravenosa y oral.
4. **Hormonaterapia:** se usa esta terapia con la finalidad de impedir que las hormonas sigan haciendo desarrollar las células cancerígenas.
5. **Inmunoterapia o terapia biológica.** Es la estimulación del sistema inmune para que se desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor.

Los servicios de tratamiento del cáncer, tiene como finalidad curar la enfermedad, de prolongar la vida y garantizar una buena calidad de vida del paciente.

El tratamiento del cáncer requiere de un servicio altamente especializado y del involucramiento del equipo multidisciplinario, un solo lugar para que el paciente pueda ser atendido de manera integral por profesionales de las diferentes especialidades como son los oncólogos de radiación, cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos infantiles, ginecólogos, infectólogos, patólogos, hematólogos, radiólogos y enfermeras oncólogas, así como personal de apoyo psicosocial y de rehabilitación.

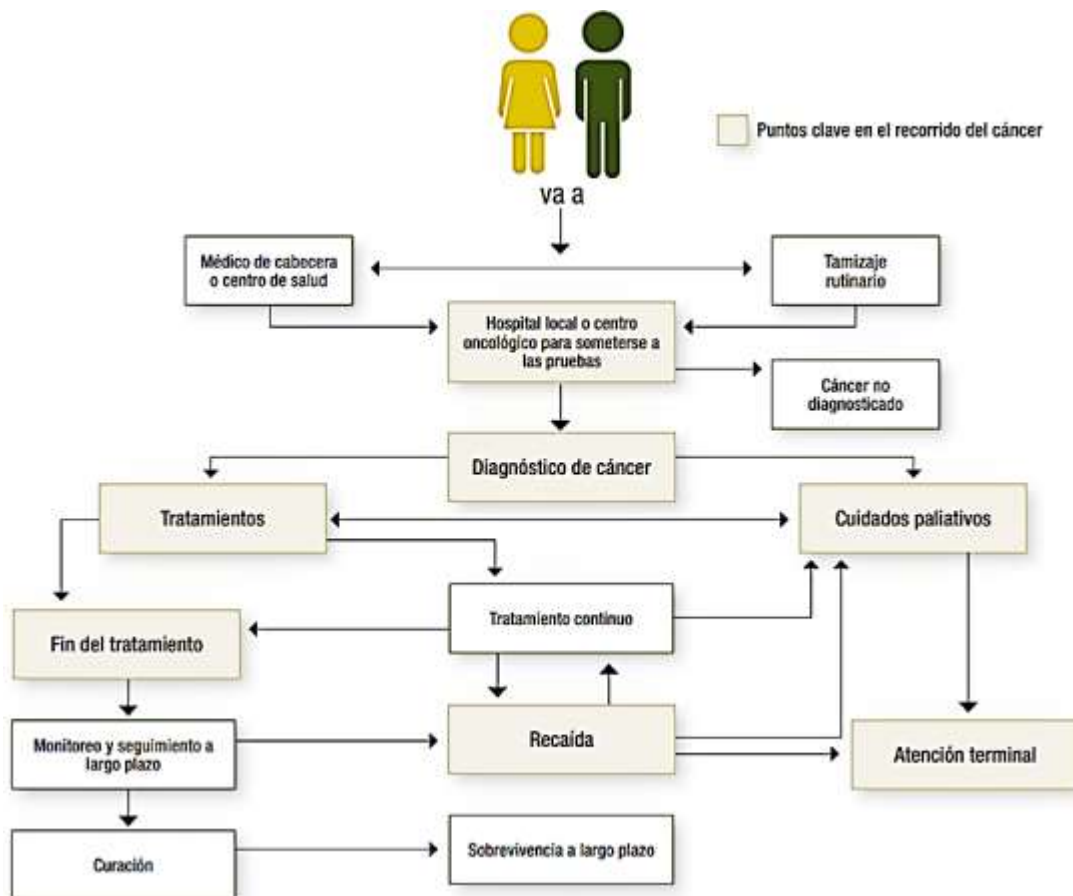


Figura N° 4: (Awuah, y otros, 2007, pág. 31) tomado de Fitch M (2003).
Supportive care: rebalancing efforts. In: Sullivan T et al., eds. strengthening the quality of cancer services in Ontario. Ottawa, CHA Press: 141–163.

G) Consecuencias físicas y síntomas del cáncer

Dolor. Los pacientes pueden sentir diferentes tipos de dolor según los tratamientos que reciben, por ejemplo, la quimioterapia intravenosa puede generar espasmos, escozor y picazón; mucositis (llagas o inflamación en la boca u otras partes del aparato digestivo); dolor en la piel, erupción o síndrome mano-pie (enrojecimiento, hormigueo o ardor en las palmas de las manos o las plantas de los pies); dolor en las articulaciones y los músculos de todo el cuerpo.

Estreñimiento. El mismo tratamiento generar estreñimiento, provocando calambres estomacales, abotagamiento y náuseas.

Fatiga. La fatiga es un efecto secundario habitual en los pacientes ya sea por la anemia, dolor, tipo de medicamento que recibe y la tensión emocional también causa fatiga.

Diarrea. Produce deshidratación y desnutrición a causa del mismo tratamiento o por infecciones propias de la enfermedad.

Anemia. Es una afección que puede provocar mucho cansancio, dificultad para respirar y mareos debido a la falta de glóbulos rojos que son encargadas de llevar oxígeno a los pulmones y a todo el cuerpo. Otros signos pueden ser desmayos, dolor de cabeza, latidos fuertes del corazón y palidez en la piel.

Linfedema. Acumulación de líquidos en los tejidos del cuerpo, puede ser causado por algunos tipos de quimioterapia, por ciertos cánceres y por padecimientos no relacionados con el cáncer. Entre los signos está la hinchazón de pies, tobillos, piernas, brazos, manos, cara, abdomen.

Náuseas y vómitos. Son a causa del malestar en el estómago, hay varios tipos de náuseas y vómitos causados por el tratamiento del cáncer, como los anticipatorios, agudos y demorados. El control de estos síntomas ayudará a sentirse mejor y prevendrá problemas de desnutrición y deshidratación.

Problemas con la memoria y la concentración, descritos también como niebla mental o quimiocerebro, por que el paciente tiene dificultad para pensar, concentrarse o recordar cosas. Estos problemas cognoscitivos pueden comenzar durante o después del tratamiento.

Infección y neutropenia. Es la invasión de gérmenes, bacterias, virus, candidiasis y otros tipos de hongos a diferentes partes del cuerpo, ocasionando diferentes sintomatologías como es la fiebre, tos, diarrea, dolores de cabeza, sarpullidos, llagas en la boca,

hinchazón o enrojecimiento de la zona afectada, orina con sangre, y dolor al orinar.

Falta de apetito. El tratamiento puede quitar el apetito, cambiar el sabor de los alimentos, hacer sensible el sentido del olfato dificultando la alimentación. Está relacionado también a los problemas que pueda tener en la boca, garganta, náuseas, vómitos. También está relacionada a la fatiga.

Problemas sexuales y de fecundidad. El tratamiento puede causar efectos secundarios relacionados a la sexualidad y fecundidad, por consiguiente, es conveniente informarse con su médico para que le da algunas pautas para el manejo e impacto que puede ocasionar el tratamiento.

Sangrado y moretones (trombocitopenia). Algunos tratamientos del cáncer, como la quimioterapia y la terapia dirigida, pueden aumentar su riesgo de hemorragias y moretones debido a la disminución de las plaquetas.

Problemas de los nervios (neuropatía periférica). El tratamiento puede ocasionar neuropatía periférica, debido al daño en los nervios periféricos, responsables de llevar la información al cerebro y otras partes de los cuerpos (sensoriales, motores o autónomos). El daño en los nervios sensoriales afecta a la sensibilidad produciendo hormigueo, entumecimiento en pies y manos, incapacidad para sentir calor o frío, incapacidad para sentir dolor. El daño en los nervios motores afecta a los músculos provocando debilidad y dolor, falta de equilibrio, tirones y calambres musculares, problemas para ingerir alimentos. El daño en los nervios autónomos produce cambios en el sistema digestivo como estreñimiento, diarrea, mareos y desvanecimientos por la baja presión arterial, el latido es más lento o acelerado, sudoración, asfixia, problemas de incontinencia, problemas sexuales.

Caída del pelo (alopecia). Es uno de los efectos más impactantes y traumáticos para el paciente.

Cambios en la piel y en las uñas. El tratamiento genera cambios en la piel y uñas, resequedad, enrojecimiento y descamada en la piel. Las uñas se vuelven oscuras, amarillas, se agrietan, se inflama la cutícula, puede haber desprendimiento.

Problemas en la boca y en la garganta. El tratamiento puede causar problemas en los dientes, boca y garganta haciendo que cambien el sabor de los alimentos. Otros problemas que se producen en la boca es la dificultad en la masticación debido a las llagas, hinchazón, sensibilidad a los alimentos fríos y calientes.

Problemas para dormir. Los problemas del sueño, están relacionados a los medicamentos, tensión, o estancia hospitalaria, pueden aumentar el riesgo de ansiedad o de depresión en el paciente siendo necesario la intervención y tratamiento profesional.

Problemas urinarios y de vejiga. Es frecuente el dolor y sensación de ardor antes, durante y después de orinar, eliminación de sangre por la orinar, dificultad para empezar a orinar, dificultad para vaciar completamente la vejiga, sensación urgente y con frecuencia para orinar, espasmos en la vejiga y calambre en la zona de la pelvis.

H) Consecuencias psicosociales

Los pacientes diagnosticados con cáncer experimentan la vulnerabilidad de su inmortalidad, generándolos ansiedad y sufrimiento, seguido de ataques de pánico, sentimientos de desesperanza y miedo a todo lo que desconocido que debe enfrentarse.

El estrés psicológico, describe lo que la persona siente cuando está bajo presión física, mental o emocional. El estrés les produce

angustia, incapacitándoles el control de los cambios causados por la enfermedad. Se ha reconocido que la angustia es un factor que está asociada a los peores resultados clínicos. El cuerpo reacciona a la presión física, mental o emocional liberando hormonas de estrés (como epinefrina y norepinefrina) incrementan la presión arterial, aceleran el ritmo cardíaco y elevan la glucosa. Estos cambios ayudan a la persona a actuar con mayor fuerza y rapidez para escapar de una amenaza percibida.

Las investigaciones han demostrado que el estrés intenso y prolongado puede llevar a problemas digestivos, urinarios, infertilidad y a un sistema inmunitario debilitado. Son más propensos a contraer infecciones virales como la gripe o resfriado común y sufrir de dolores de cabeza, problemas para dormir, depresión y ansiedad.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Quintero, 2000. Citado por Salgado (2005) señalan que la resiliencia es estudiada en diferentes disciplinas. Se puede partir de una prospectiva interdisciplinaria: En el área de la salud: enfermería, odontología, medicina, bacteriología, terapistas ocupacionales y tecnólogos-promotores. Economía: cuando se plantea como estrategia contra la pobreza y en la búsqueda de mejorar o mantener adecuados niveles de vida. Antropología: recoge las tradiciones ancestrales de las comunidades y mantienen lo originario de sus costumbres. Biología: Defiende las relaciones ecosistémicas, la armonía entre el hombre y la naturaleza. Sociología: asume estructuras y funciones sociales, que generan o coadyuvan en las disfunciones. Derecho: reconoce la legislación que vela por la protección y divulgación de los Derechos Humanos de primer y segundo orden. Trabajo Social: aborda los sectores más desprotegidos y vulnerables de la sociedad.

La palabra “Resiliencia” ha sido utilizada por varios autores:

El Instituto de Resiliencia Infantil y familiar (Institute on Child Resilience and Family) (1994), conceptualizó la resiliencia como la “habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”.

Grotberg (1995), define la “resiliencia como la capacidad humana universal para hacer frente las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado positivamente por ellas”.

Kotliarenco, María Angélica y Cáceres, Irma. (2011), La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales.

E. Chávez y E. Yturralde (2006), La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas.

Luthar (2000), La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

Vanistendael (1994), La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles.

Rutter (1992), La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra-psíquicos que posibilitan tener una vida

«sana» en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los pacientes con cáncer y su ambiente sociocultural.

Grotberg (1995), Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas.

Suárez Ojeda (1995), La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.

Infante (1997); La resiliencia es una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales.

Oscar Chapital C. (2011), La resiliencia es la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral.

Lösel, Blieneser y Kofler (1989), Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos

Osborn (1996). Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños

La conducta resiliente puede considerarse el prepararse, vivir y aprender de experiencias de adversidad. Situaciones como, un

divorcio, una enfermedad, un viaje fuera del país, son ejemplos de este proceso. (Herderson, 2000)

Wagnild & Young (1993) Las dimensiones y/o características de la Resiliencia son:

- a) **Confianza en sí mismo**, considerada como la capacidad que tienen las personas para creer en sí mismo y en sus capacidades, así como reconocer sus fuerzas y limitaciones.
- b) **Ecuanimidad**, Es la capacidad para mantener su propia vida y experiencias de manera equilibrada, connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencias, “esperar tranquilo”, y tomar las cosas que vengan; por consiguiente, moderará las respuestas extremas ante la adversidad.
- c) **Perseverancia**, es el acto de persistencia para vencer la adversidad o desaliento, lo impulsa a seguir luchando para reconstruir su vida y permanecer involucrado y practicar la autodisciplina.
- d) **Satisfacción personal**, es la capacidad que tiene para comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.
- e) **El sentirse bien solo**, referida a la capacidad de comprender que la senda de la vida es única, mientras que se comparten algunas experiencias, quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO UTILIZADO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de tipo descriptiva, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles del grupo de personas que se someten a un análisis. La utilidad es para revelar con precisión los ángulos o dimensiones del fenómeno que se está investigando. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 92)

El diseño de la investigación es transversal, porque se recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su prevalencia e interrelación en un momento dado.

La investigación es de tipo No Experimental por que las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 154). Es decir que solo se observa los fenómenos tal como se muestra en su contexto originario y posteriormente ser analizados.

M-----O₁

M = Muestra

O₁= Observación

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población de estudio se centra en 92 pacientes que reciben tratamiento oncológico en el área de quimioterapia de manera ambulatoria y hospitalaria de la clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, durante el periodo del mes de diciembre de 2017.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 74 pacientes que reciben tratamiento oncológico en el área de quimioterapia de manera ambulatoria y hospitalaria de la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, el rango de edades están representadas de 20 a 78 años de edad; 24 hombres y 50 mujeres. La recolección de la muestra se tomó durante el periodo de dos semanas del mes de diciembre de 2017.

Debido a dificultades logísticas el tamaño de la muestra estuvo compuesta por 74 pacientes. Si se tiene en cuenta un nivel de confianza del 95% para una población de 92 pacientes que reciben tratamiento oncológico, se estima que el error del estudio es de 5.1%; 0,1% más que en los tamaños de la muestra usuales.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

$74 = \frac{92 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(92-1) \times 0.5 \times 0.5 + 1.96 \times 0.5 \times (1-0.5)}$

n= Tamaño de la muestra

z= nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada. (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población.

Tabla N° 3 Características de la muestra: Pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja (n=74)

	Variables	f Frecuencia	% Porcentaje
Sexo	Femenino	50	68%
	Masculino	24	32%
Edad	Adulto (30-59)	46	62%
	Adulto mayor (60-99)	24	32%
	Adulto joven (18-29)	4	5%
Grado de instrucción	Superior	52	70%
	Técnico	13	18%
	Secundaria	9	12%
Estado civil	Casado	35	47%
	Soltero	20	27%
	Separado	13	18%
	Conviviente	5	7%
	Viudo/a	1	1%
Religión	Católica	64	86%
	Cristiano - Evangelista	5	7%
	Otro	3	4%
	Ateo	2	3%
Procedencia	Lima	63	85%
	Provincia	11	15%
¿Con quién vive?	Familia	40	54%
	Esposo(a) /pareja	13	18%
	Padres	8	11%
	solo(a)	6	8%
	Hijos(as)	4	5%
	Hermano(a)	3	4%
Diagnóstico	Cáncer de mama	20	27%
	Cáncer ginecológico	11	15%
	Cáncer de cabeza y cuello	9	12%
	Cáncer gástrico	8	11%
	Cáncer urológico	7	9%
	Cáncer de colon	6	8%
	Cáncer de piel	4	5%
	Cáncer linfático	4	5%
	Cáncer de pulmón	2	3%
	Otros	3	4%
Tiempo de diagnóstico	De cero a seis meses	48	65%
	De seis meses a un año	16	22%
	De un año a tres años	7	9%
	De tres años a más	3	4%
		74	100%

En la tabla N° 3 se aprecia que la muestra estudiada estuvo conformada por 68% mujeres y 32% de varones. El grupo etario estuvo conformado por el 62% de Adulto (30-59); el 32% por Adulto mayor (60-99) y el 5% por Adulto joven (18-29). El grado de instrucción estuvo conformado mayoritariamente por el nivel superior con el 70%; seguido del nivel técnico con el 18% y el nivel secundario minoritariamente con el 12%. De acuerdo al estado civil se muestra que 47% es casado, seguido de solteros con el 27%; separados con el 18%, conviviente con el 7% y finalmente viudo/a con el 1%. Según el tipo de religión se encontró que el 64% es Católico; seguido por el Cristiano Evangelista con el 7%, Ateo con el 2% y el 4% profesa otro tipo de creencia. En cuanto al lugar de procedencia, el 86% proviene de la provincia de Lima, mientras que el 15% vienen de otros departamentos del Perú. El 54% de los encuestados viven con su familia, el 18% solo con su esposo/a o pareja; el 11% viven con sus padres, el 8% viven solos, el 5% viven con sus hijos y el 4% viven con sus hermanos. Según el tipo de diagnóstico, la muestra demostró que el cáncer que tiene mayor porcentaje es el de mama con el 27%, seguido por el cáncer ginecológico con el 15%, el Ca. De cabeza y cuello tiene el 12%, el cáncer gástrico 11%, el cáncer urológico con el 9%, cáncer de colon con el 8%, cáncer de piel y linfático con el 5% cada uno, el cáncer de pulmón con el 3% y finalmente otros con el 4%. Finalmente, el tiempo de diagnóstico con el que viven los pacientes son de cero a seis meses el 65% con un porcentaje elevado; seguido de seis meses a un año con el 22%, de un año a tres años con el 9% y de tres años a más solo el 4%.

3.3 IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

Resiliencia es “la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer... se trata de una capacidad de reconstruir la vida y, a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo” (Vanistendael, 2010, p.10). Citado por (Baca Romero, 2013, pág. 52).

La variable de Resiliencia tiene como objetivo establecer el nivel de resiliencia de los pacientes con cáncer y realizar un análisis psicométrico del nivel de Resiliencia de los pacientes con cáncer.

3.3.1 Operacionalización de la variable

Tabla N° 4: Operacionalización de la variable.

Variable	Dimensiones	Peso	N ^o a de Items	Indicadores		Niveles
Resiliencia. La Resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra.	Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.	28%	7	(6, 9, 10, 13, 17 18 y 24)	Seguridad. Energía. Confianza. Autonomía.	Escala tipo Likert 1. Totalmente en desacuerdo. 2. Muy en desacuerdo. 3. En desacuerdo. 4. Ni de cuerdo, ni en desacuerdo. 5. De acuerdo. 6. Muy de acuerdo. 7. Totalmente de acuerdo.
	Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.	16%	4	(7, 8, 11 y 12)	Equilibrio. Visión.	
	Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.	28%	7	(1, 2, 4, 14, 15, 20, 23)	Planificación. Autodisciplina. Iniciativa.	
	Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.	16%	4	(16, 21, 22 y 25)	Humor. Autoconfianza.	
	Sentirse bien solo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.	12%	3	(5, 3 y 19)	Tolerancia a la soledad. Independencia. Introspección.	

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

3.4.1 Técnicas de la investigación.

Las técnicas utilizadas durante la recolección de información son:

- **Técnicas de recolección de información directa:**

Una vez que obtuvo información de fuentes bibliográficas y estadísticas de libros, revistas científicas, publicación de periódicos, trabajos de investigación nacional e internacional de pre y post grado, se hizo uso de la entrevista individual a cada paciente donde se les informó el objetivo de la investigación, se les explicó el proceso del desarrollo de la ficha de datos, el llenado del cuestionario; el tiempo de la ejecución; la firma del consentimiento informado y finalmente el agradecimiento por la valiosa participación.

- **Técnicas de recolección de información indirecta:**

Se utilizó la técnica de la encuesta del test de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993) a un total de 74 pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud.

3.4.2 Instrumento de recolección de información

El instrumento utilizado es la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), adaptado en el Perú por Novella (2002).

Ficha Técnica:

Nombre: Escala de Resiliencia.

Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993).

Procedencia: Estado Unidos.

Adaptación peruana: Novella (2002).

Administración: Individual o colectiva.

Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.

Aplicación: Para adolescentes y adultos.

Significación: La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, se considera una Escala Total.

Tipificación: La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. La escala está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

La Resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra.

Puede entenderse aplicada a la psicología como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

La escala está constituida por dos factores:

Factor I: Denominado COMPETENCIA PERSONAL; integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Denominado ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA representados por 8 ítems, y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos factores representan las siguientes dimensiones o características de Resiliencia:

Ecuanimidad (7, 8,11 y 12)

Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

Perseverancia: (1, 2, 4, 14, 15, 20, 23)

Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

Confianza en sí mismo (6, 9, 10, 13,17 18 y 24)

Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.

Satisfacción personal: (16, 21, 22 y 25)

Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

Sentirse bien sólo: (5, 3 y 19)

Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia (ER)

La aplicación del instrumento puede ser de manera individual o colectiva.

La Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, y consta de 25 reactivos que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los ítems calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos. Cubre cinco (05)

áreas o perspectivas de la resiliencia: *Satisfacción personal* (4 ítems), *ecuanimidad* (4 ítems), *sentirse bien solo* (3 ítems), *confianza en sí mismo* (7 ítems), *perseverancia* (7 ítems) y *satisfacción personal* (4 ítems).

Calificación e interpretación

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

Normas:

Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 25 y 175, donde puntuaciones superiores a 145 indican un nivel Alto, puntuaciones entre 126 y 145 indican un nivel Moderado y puntajes de 125 o menos indican un nivel Bajo (Wagnild, 2009).

Los puntajes directos transformados a percentiles se interpretan de la siguiente manera: alta (90-99), media alta (75-89), media (50-74), media baja (25-49), baja (24 a menos).

Las puntuaciones mayores a 145 indican un nivel alto; las puntuaciones de 126 a 145 indican un nivel Moderado, y las puntuaciones de 125 a menos indican un nivel Bajo.

Categorías o niveles diagnósticos (Puntajes totales)				
Puntaje directo transformado en percentiles				
Puntaje	Nivel de Resiliencia	Percentil	PUNTAJE TOTAL	
5	Alta	90-99	158	175
4	Media alta	75-89	151	157
3	Media	50-74	141	150
2	Media baja	25-49	128	140
1	Baja	24 a menos	25	127

Confiabilidad

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método testretest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

Validez

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la Escala de Resiliencia con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se corrobora su conformación de 5 factores (Escudero, 2007).

La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$.

En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS.

Para el procesamiento y análisis de los resultados se procedió a:

Codificar cada respuesta, se tabuló la información en un cuadro Excel V2016 y posteriormente al programa SPSS V25. Luego se procesa la información para obtener los datos estadísticos de la investigación.

Se aplica la técnica estadística descriptivo del valor mínimo y máximo, utilizando la media aritmética:

$$\bar{x} = \frac{\sum^n x_i}{n}$$

Confiabilidad de la Escala de Resiliencia de la muestra de investigación.

4.2 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young (1993)

Tabla N° 5 Medidas estadísticas del puntaje total.

Estadísticos del nivel de Resiliencia		
N	Válido	74
	Perdidos	0
Media		127,99
Mínimo		89
Máximo		168

El estudio realizado a 74 pacientes, sobre Resiliencia tiene como interpretación los siguientes datos:

Una media de 127,99 que categoriza como “Promedio”

Un valor mínimo de 89 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un valor máximo de 168 que se categoriza como “Nivel Alto” de resiliencia

Tabla N° 6 Estadística del puntaje total según el tipo de dimensiones

	Satisfacción personal	Ecuanimidad	Sentirse bien solo	Confianza en sí mismo	Perseverancia
N Válido	74	74	74	74	74
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	21,38	19,27	15,43	35,96	35,95
Mínimo	14	13	8	22	24
Máximo	28	26	21	49	49

En las dimensiones que abarca la resiliencia podemos observar los siguientes resultados:

En el nivel de Satisfacción personal se puede observar:

Una media de 21,38 que vendría a categorizarse como “Promedio”

Un mínimo de 14 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un máximo de 28 que vendrá a categorizarse como “Nivel Alto”

En el nivel de Ecuanimidad se puede observar:

Una media de 19,27 que vendría a categorizarse como “Promedio”

Un mínimo de 13 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un máximo de 26 que vendrá a categorizarse como “Nivel Alto”

En el nivel de Sentirse bien solo se puede observar:

Una media de 15,43 que vendría a categorizarse como “Promedio”

Un mínimo de 8 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un máximo de 21 que vendrá a categorizarse como “Nivel Alto”

En el nivel de Confianza en sí mismo se puede observar:

Una media de 35,96 que vendría a categorizarse como “Promedio”

Un mínimo de 22 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un máximo de 49 que vendrá a categorizarse como “Nivel Alto”

En el nivel de Perseverancia se puede observar:

Una media de 35,95 que vendría a categorizarse como “Promedio”

Un mínimo de 24 que se categoriza como “Nivel Bajo”

Un máximo de 49 que vendrá a categorizarse como “Nivel Alto”

Nivel de Resiliencia según el Nivel de Puntaje Total

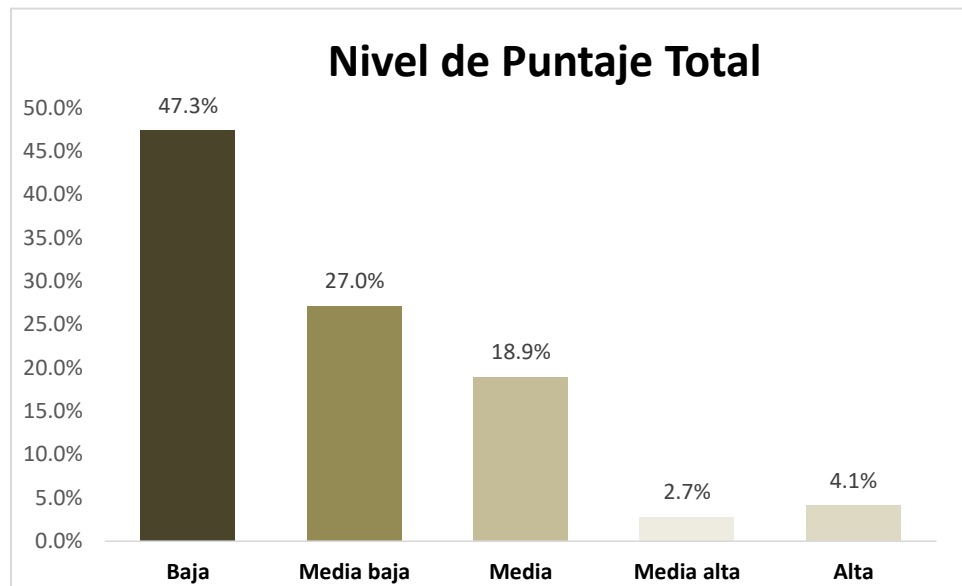


Figura 5. Nivel de Resiliencia según el Nivel de Puntaje Total.

Comentario:

La Resiliencia según el Nivel de Puntaje Total en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja, se considera en la categoría de “Nivel Bajo”, teniendo como resultado:

Se observa que el 47,3% de los pacientes presentan un Nivel Bajo de resiliencia.

Se observa que el 27,0% de los pacientes presentan un Nivel Medio Bajo de resiliencia.

Se observa que el 18,9% de los pacientes presentan un Nivel Medio de resiliencia.

Se observa que el 2,7% de los pacientes presentan un Nivel Medio Alto de resiliencia.

Se observa que el 4,1% de los pacientes presentan un Nivel Alto de resiliencia

Nivel de Satisfacción personal

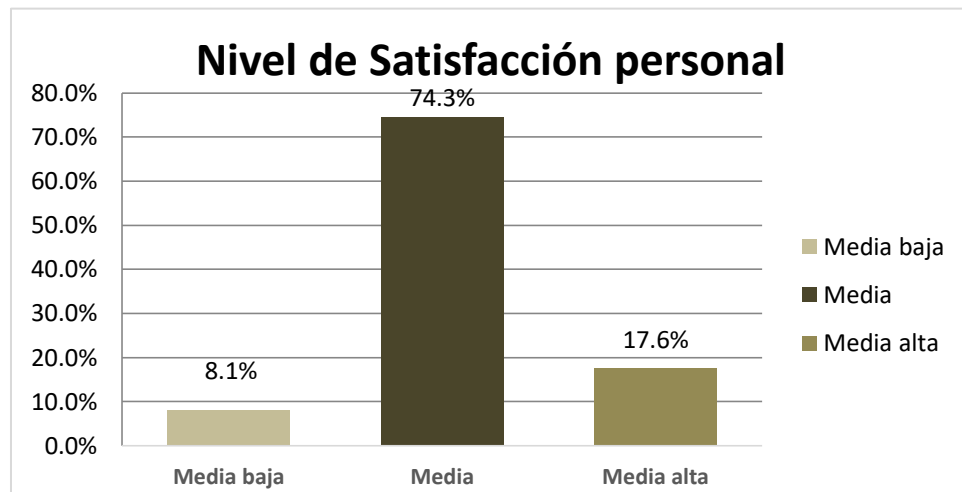


Figura 6. Nivel de Satisfacción personal en el total de la muestra.

El Nivel de Satisfacción personal en el total de la muestra, se puede observar que el mayor porcentaje es de 74,32%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, y un 8,11% que significa un nivel bajo de la resiliencia.

Nivel de ecuanimidad

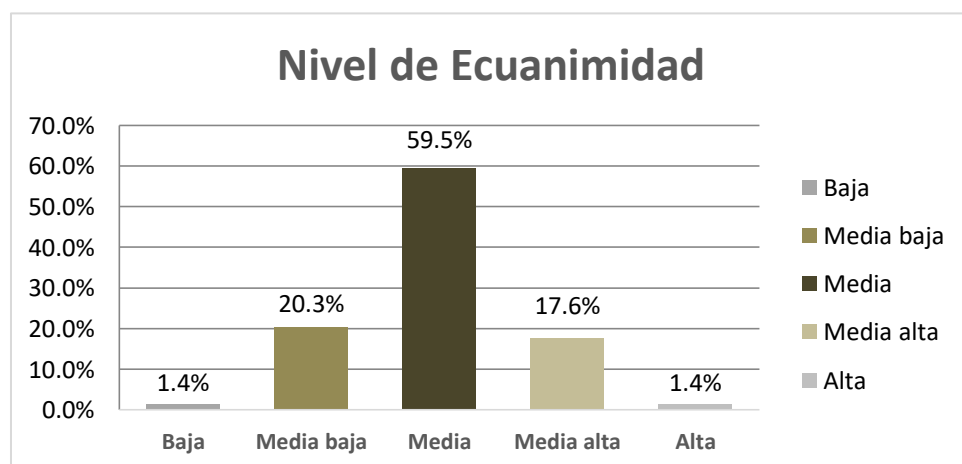


Figura 7. Nivel de Ecuanimidad en el total de la muestra.

El Nivel de Ecuanimidad en total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es de 59,46%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, y el 1,35% que significa un nivel bajo de la resiliencia.

Nivel de Sentirse bien solo

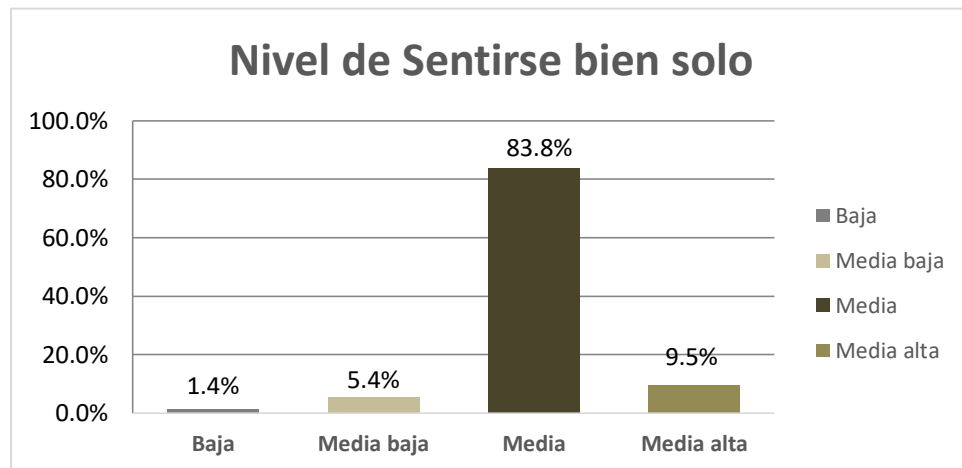


Figura 8. Nivel de Sentirse bien solo en el total de la muestra.

El Nivel de Sentirse bien solo en el total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es de 83,78; lo que significa un nivel medio de resiliencia, mientras que el 1,35% significa un nivel bajo de la resiliencia.

Nivel de Confianza en sí mismo

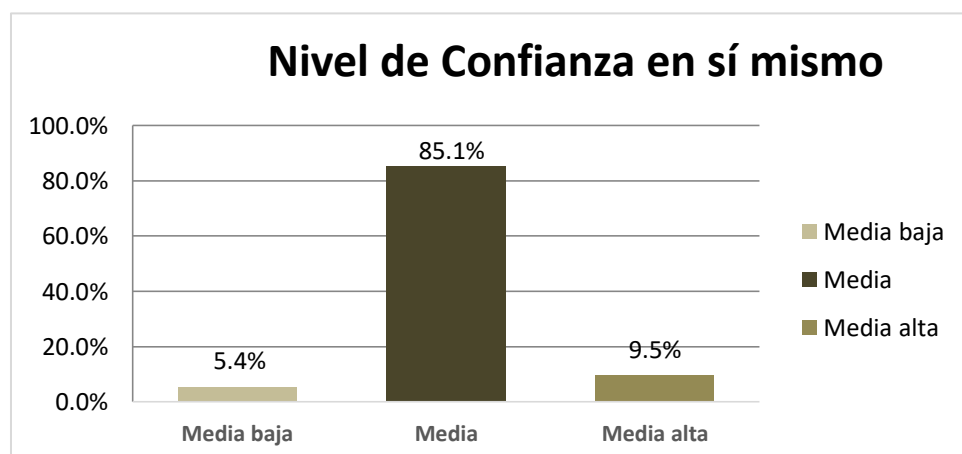


Figura 9. Nivel de Confianza en sí mismo en el total de la muestra.

El Nivel Confianza en sí mismo en el total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es de 85,14%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, mientras que el 5,41% significa un nivel bajo de la resiliencia.

Nivel de Perseverancia

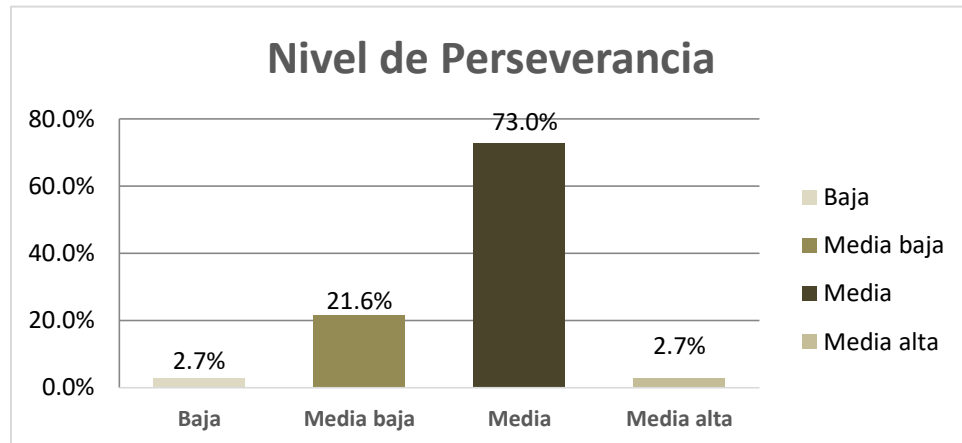


Figura 10. Nivel de Perseverancia en el total de la muestra.

El Nivel Perseverancia en el total de la muestra, se puede observar que el mayor porcentaje es de 72, 97%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, mientras que el 2,7% son tanto para los niveles bajo y medio alto de la resiliencia.

4.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos evidencian que el puntaje total de las cinco dimensiones de la Escala de Resiliencia de los 74 pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud poseen un Nivel Alto de resiliencia con un puntaje total de 168, mientras que la puntuación mínima corresponde a 89, tal como se muestra en la Tabla N° 5, lo que significa que por lo menos un paciente se encuentra en el nivel inferior de resiliencia, y por lo menos un paciente posee un nivel superior de resiliencia.

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida, en este caso pacientes con cáncer.

Comentario: De acuerdo a los resultados, el 65% de los pacientes evaluados poseen frecuentemente un Nivel Alto de Resiliencia, lo que significa que ese porcentaje ha logrado creer en sí mismos y en sus capacidades, afrontando de manera positiva y buena actitud a la adversidad de la vida, mientras que el 35% del total de los pacientes evaluados poseen frecuentemente el Nivel Bajo de resiliencia, lo que evidencia y vincula que los pacientes oncológicos no poseen la capacidad para enfrentar la enfermedad del cáncer y tienen pobres recursos personales para superar las dificultades y desarrollarse de manera positiva en la vida.

El puntaje total de las cinco dimensiones, evidencian un puntaje máximo de 28 en Satisfacción personal; 26 en Ecuanimidad, 21 en Sentirse bien solo, 49 en Confianza en sí mismo y 49 en Perseverancia con un promedio de 34,6% en su totalidad. Mientras que el puntaje Media de Satisfacción personal es de 21,38; 19,27 de Ecuanimidad, 15,43 de Sentirse bien solo, 35,96 de Confianza en sí mismo y finalmente 35,95 de Perseverancia. Mientras que el puntaje mínimo de Satisfacción personal es representado por 14; 13 de Ecuanimidad, 8 de Sentirse bien solo, 22 de Confianza en sí mismo y 24 de Perseverancia.

Comentario: En cuanto a los Niveles de Confianza en sí mismo y Perseverancia evidencian un puntaje Máximo de 49, estos resultados nos dan a entender que los pacientes tienen la capacidad y habilidad para creer en sí mismo, depender de uno mismo reconociendo sus fortalezas y debilidades; y persistir en la lucha por su vida.

El Puntaje Total del Nivel de Resiliencia es significativamente bajo con un porcentaje de 47,30%, lo que significa un nivel bajo de resiliencia y el porcentaje menor es el de 4,05% que significa un nivel alto de resiliencia, esto quiere decir que las personas fueron poco capaces de enfrentarse a las demandas y competencias que exige la sociedad, no poseen control emocional y son dependientes. Similar resultado se obtuvo en la investigación de Anaís Jackelin Ascencio Puicón (2013) en la ciudad de Chiclayo, en su investigación: “Resiliencia y Estilos de afrontamiento en

mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013". Señala que se debe tomar en consideración que un factor importante constituye la red de apoyo con la que cuenta la paciente para la evolución y mejor pronóstico de la enfermedad, ya que la familia o la comunidad constituyen una base sólida, proporcionándole beneficios psicológicos. (Salgado Lévano, Ana Cecilia, 2009), nos evidencia que "La naturaleza de la resiliencia es compleja y multidimensional e implica factores individuales, familiares y del ambiente socio-cultural. Asimismo, es importante señalar que las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y a su vez requieren de cambios en las conductas resilientes".

Comentario: El nivel bajo de resiliencia en el puntaje total nos revela que esta condición se puede cambiar si el paciente oncológico recibe el apoyo y soporte, tanto de su familia como el de la comunidad. Las situaciones de adversidad no son estáticas, siempre cambian; y a su vez requieren de cambios en las conductas resilientes del mismo paciente, estas conductas les permitirán afrontar y sobrellevar la enfermedad con una mejor actitud y optimismo, les ayudará a canalizar su dolor y sufrimiento de manera positiva, permitiéndoles hacer frente a la adversidad de un modo más constructivo.

Con respecto a las dimensiones de satisfacción personal en el total de la muestra, se puede observar que el mayor porcentaje es de 74,32%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, y un 8,11% que significa un nivel bajo de la resiliencia. Similares resultados obtuvieron Adriana Patricia Aguilar Correa (2016) Loja - Ecuador, en su investigación sobre "La resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama de la sociedad de Lucha contra el cáncer de la ciudad de Loja", evidencia que la satisfacción personal en el paciente oncológico es importante porque le da la capacidad para comprender el valor y significado de su propia vida y tienen un algo porque vivir.

Comentario: en esta dimensión encontramos una frecuencia de nivel medio de resiliencia en los pacientes con cáncer, donde el número es

significativo a comparación de la frecuencia del nivel bajo. Este resultado nos demuestra que el paciente con cáncer tiene la capacidad para comprender el valor y significado de su propia vida, tienen un gran valor y trascienden la situación vivida.

El Nivel de Ecuanimidad en total de la muestra, es medio, lo que quiere decir que el paciente oncológico tiene la capacidad de modular y balancear sus experiencias traumáticas, esperar tranquilo y tomar las cosas de manera racional y moderando sus respuestas y actitudes. Adriana Godoy Dayana Vásquez (2017) Maracaibo – Venezuela, realizó una investigación sobre “Resiliencia y Autoestima en cuidadores primarios de niños con cáncer” en el Hospital de Especialidades Pediátricas, donde se encontró un nivel medio de resiliencia y autoestima, existiendo una relación significativa entre las variables, de perseverancia y el sí mismo general y la autoestima, ambas débiles y negativas.

Wagnild y Young (1993) definen a la ecuanimidad como un componente que da balance a la propia vida y a las experiencias, connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencias, esperar tranquilo, tomar las cosas que vengan por ende moderando respuestas extremas ante la adversidad.

Comentario: En esta investigación el nivel de ecuanimidad en los pacientes que reciben tratamiento oncológico la frecuencia del Nivel es Media, lo que demuestra que el paciente tiene un balance sobre su propia vida y el de sus experiencias, experiencias que lo lleva a tomar las experiencias adversas con tranquilidad moderan sus respuestas inmediatas extremas ante la adversidad.

El Nivel de Sentirse bien solo en el total de la muestra, se evidencia que el mayor porcentaje es de 83,78; lo que significa, un nivel medio de resiliencia, mientras que el 1,35% significa un nivel bajo, lo que significa que los pacientes oncológicos tienen la capacidad de comprender que su propia vida es única, que le toca afrontar y enfrentar la enfermedad dándole sentido y significado a las circunstancias que le toca vivir.

Beardslee (1989) indicó que la resiliencia es una habilidad para adaptarse y para restaurar el equilibrio y está compuesta de autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente.

Comentario: En esta investigación la frecuencia del nivel de sentirse bien solos en los pacientes que reciben tratamiento oncológico es Media, lo que evidencia que se sienten cómodos estando solos, valoran su libertad y se siente único e importante.

El Nivel Confianza en sí mismo en el total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es de 85,14%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, mientras que el 5,41% significa un nivel bajo de la resiliencia, lo que indica que los pacientes con cáncer tienen la capacidad adecuada para creer y depender en sí mismo reconociendo sus fuerzas y limitaciones. Erick Alexander Calle Calderón (2017) Lima – Perú, en su investigación sobre “Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer gástrico con y sin antecedentes de violencia familiar de un hospital de Lima, 2017”, evidencia que existe una correlación entre inteligencia emocional y resiliencia, lo que significa que aquellos pacientes que presentan mayores niveles de inteligencia emocional, presentan mayores niveles de resiliencia.

Kotliarenko, María Angélica y Cáceres, Irma. (2011), señalan que la resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas.

Comentario: En esta investigación el nivel de Confianza en sí mismo en los pacientes que reciben tratamiento oncológico es más frecuente el Nivel Media, demostrando que el paciente conserva una sensación de paz a pesar de la adversidad, porque confía en sí mismo y posee herramientas para seguir luchando por su vida, su proceso dinámico lo conduce a la optimización de sus recursos y por tanto a sobreponerse a la adversidad.

El Nivel Perseverancia en el total de la muestra, se puede observar que el mayor porcentaje es de 72, 97%; lo que significa un nivel medio de resiliencia, mientras que el 2,7% son tanto para los niveles bajo y medio alto de la resiliencia, evidenciando que los pacientes con cáncer tienen la capacidad de persistir a pesar de la adversidad, llevándolos a continuar luchando para reconstruir su propia vida y tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina. Sagrario García-Maroto Fernández (2015) en la ciudad Real en España, en su investigación “Ansiedad, Resiliencia e Inteligencia Emocional percibida en mujeres con cáncer de mama” donde se demostraron que la ansiedad estado y la resiliencia son mayores en el grupo de mujeres con cáncer y las dimensiones de inteligencia emocional percibida obtienen significación negativa con ansiedad rasgo. Grotberg (1996) señala que la resiliencia son las habilidades adquiridas a lo largo del desarrollo humano, a la vez Manciaux, (2003), refiere que las conductas resilientes forman parte de una situación de riesgo, la resiliencia es una característica decisiva para el éxito de las personas, aunque éstas pasan inadvertidas.

Comentario: En esta investigación el nivel de Perseverancia en los pacientes que reciben tratamiento oncológico es Media, lo que significa que cuentan con la capacidad de resolver sus problemas, manejan sus emociones, controlan la ansiedad, el estrés, la angustia, el miedo, etc., y salen a la vez fortalecidas.

4.4 CONCLUSIONES.

- El Nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es baja.
- El nivel de Satisfacción Personal en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es del nivel Media.
- El nivel de Ecuanimidad en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es del nivel Media.
- El nivel de Sentirse Bien solo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es del nivel Media.
- El nivel de Confianza en sí mismo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es del nivel Media.
- El nivel de Perseverancia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es del nivel Media.

4.5 RECOMENDACIONES.

De acuerdo a los resultados y conclusiones obtenidos en la presente investigación, se dan las siguientes recomendaciones:

1. Elaborar y ejecutar un programa de intervención orientada a mejorar el Nivel de Resiliencia en los pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica oncosalud del distrito de San Borja, a través de las cinco dimensiones que la constituyen.
2. Crear grupos de ayuda mutua para los pacientes y familiares, con la finalidad de ser orientados y educados sobre las experiencias y consecuencias que trae el tratamiento oncológico y, sobre todo, crear encuentros de sanación interior y volver a la vida: “ser curadores heridos”.

CAPÍTULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1 DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA:

“Resiliencia: Una actitud positiva ante la enfermedad”

5.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Durante el desarrollo de la investigación, se recogió valiosa información sobre el puntaje total de la escala de resiliencia, donde los pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja, poseen una frecuencia en la medida del puntaje máxima, Alta.

Sin embargo, en el puntaje total de las cinco dimensiones, evidencian una frecuencia de puntaje máximo de 28 en Satisfacción personal; 26 en Ecuanimidad, 21 en Sentirse bien solo, 49 en Confianza en sí mismo y 49 en Perseverancia. Se evidencia que todas estas dimensiones resaltan una frecuencia de nivel Media con un porcentaje mayor del 85% en la dimensión de Confianza en sí mismo; 83% en la dimensión de Sentirse bien solo; 74% en la dimensión de Satisfacción personal, 73% en la dimensión de Perseverancia y 59% en la dimensión Ecuanimidad.

5.3 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo General:

Mejorar el Nivel de Resiliencia en los pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja, a través de las cinco dimensiones que la constituyen: Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí mismo, Satisfacción personal y Sentirse bien sólo.

Objetivos Específicos:

Fortalecer las dimensiones de resiliencia en los pacientes con cáncer.

Desarrollar un afronte positivo frente a la enfermedad.

Crear grupos de ayuda mutua para los pacientes y familiares, con la finalidad de ser orientados y educados sobre las consecuencias y experiencias que trae el tratamiento oncológico y, sobre todo, crear encuentros de sanación interior y volver a la vida como “curadores heridos”. El binomio Paciente-Familia se considera como la relación insustituible durante el proceso de salud y enfermedad del paciente, lo que se quiere lograr con este programa es que el paciente se sienta acompañado desde una visión holística del hombre.

5.4 SECTOR AL QUE SE DIRIGE:

El programa está dirigido a 74 pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja. Se extiende a familiares y cuidadores.

5.5 ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS PROLEMAS / METAS

Los pacientes cuando son diagnosticados con cáncer, emocionalmente se sienten abatidos por la magnitud de lo que significa la enfermedad. Durante el proceso de tratamiento, y hasta antes, los pacientes se muestran muy ansiosos, sienten mucho miedo, mucho temor, entran en pánico, están paralizados y sin recursos de afronte, tienen sentimientos de culpa, están enojados consigo mismos y con los demás, frecuentemente se muestran irritables y hasta hostiles, sienten mucho odio y rencor, se aíslan, la mayor parte del tiempo están tristes y solitarios entrando en los distintos niveles de depresión. A nivel cognitivo el paciente se bloquea mentalmente, niegan de lo que está sucediendo, buscan culpabilizar a algo o a alguien, se muestran inseguros, indecisos, y se vuelven dependientes, buscan la aprobación de los demás, tienen dificultad de atención y concentración. A nivel conductual, se vuelven más apáticos o hiperactivos, son poco comunicativos, desconfían de todo, pierden el apetito, se vuelven agresivos, lloran con facilidad, están a la defensiva, no quieren escuchar, se aíslan, abusan del alcohol y otras drogas para olvidar y sobreponerse del impacto emocional.

Todas estas características nos ayudan a programar y ejecutar el programa de intervención con las siguientes metas a alcanzar:

- Formar y capacitar a los pacientes y familiares en resiliencia con la finalidad de que encuentren dentro de sí sus recursos-valores internos y extornos para hacer frente a la enfermedad de una manera digna y humana.
- Fortalecer el binomio familia paciente para que ambos puedan acompañarse y apoyarse durante este proceso de enfermedad.
- Establecer programas de intervención y para mejorar el nivel de resiliencia en los pacientes.

5.6 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El programa “Resiliencia: Una actitud positiva ante la enfermedad”, consta de 8 sesiones que serán aplicadas a un grupo de 74 pacientes, divididos en 3 grupos de 25 paciente respectivamente. El programa se ejecutará durante dos meses con sesiones semanales de 1 hora y 20 minutos cada uno.

La metodología es teórico-práctico, bajo el enfoque cognitivo-conductual y humanístico.

En cada sesión se ofrecerá a los participantes materiales didácticos para trabajar durante las sesiones y para que lleven trabajos a la casa.

Se llevará un control de asistencia de los participantes.

5.7 INSTRUMENTOS/ MATERIALES A UTILIZAR

Entre los recursos que utilizaremos están las hojas de encuesta del pre test, post test, conferencias, trabajos de grupo, dinámicas participativas, sociodramas, lecturas personales, análisis de casos, videos y una persona de apoyo para el desarrollo del programa.

Los materiales a utilizar son: ecran con la publicidad de las ocho sesiones, carpetas, hojas, lapiceros, lápices, plumones, cinta adhesiva, micas tamaño carnet, cartulina del tamaño de la mica, engrapador, grapas, proyector multimedia, equipo de audio y video, conexión a internet, agua, vasos, jugos, bocaditos, servilletas, agua caliente, filtrantes, azúcar, etc.

5.8 ACTIVIDADES POR SESIONES

ACTIVIDADES	7-Abr	14-Abr	21-Abr	28-Abr	5-May	12-May	19-May	26-May	2-Jun
Sesión 1	x								
Sesión 2		x							
Sesión 3			x						
Sesión 4				x					
Sesión 5					x				
Sesión 6						x			
Sesión 7							x		
Sesión 8								x	
Presentación indicadores de evaluación									x
Cierre del programa									x

Sesión 1: Presentación del Taller – ¿Qué es la Resiliencia?		
Objetivos: Presentar a los participantes, los objetivos del programa de intervención, comprometerlos para que participen de manera activa y participativa durante el proceso de formación y desarrollo personal de resiliencia.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio del programa y presentación general del taller	<p>La facilitadora inicia las actividades presentándose y describiendo la estructura del programa, los objetivos, la metodología y la temática del taller.</p> <p>Se inicia las actividades con una pequeña dinámica, donde todos los participantes deben decir su nombre, su pasión y lo que espera del taller”. Esta actividad permitirá a todos los participantes conocerse entre sí, dar a conocer lo que les gusta más en su vida y lo que quieren conseguir con el taller.</p>	20 minutos
Desarrollo Resiliencia, una actitud positiva ante la enfermedad.	<p>Motivación:</p> <p>Se presenta a los participantes un cuento: “El príncipe y el diamante” se hace la reflexión compartida sobre la moraleja. Se les invita a los participantes a mirarse a sí mismos con la finalidad de provocar una reflexión personal y trabajo en grupo. (ver anexo 7)</p> <p>Se formula la pregunta: ¿qué es para mí la resiliencia?</p> <p>Esquema de la charla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto y estudios de resiliencia. 2. Dimensiones sobre la resiliencia 3. Factores internos y externos de resiliencia. 4. Personajes como ejemplo de resiliencia. <p>Se da inicio de la conferencia, dando a conocer a los participantes los conceptos, los factores internos y</p>	45 minutos

	<p>externos y, las dimensiones que tiene la Resiliencia.</p> <p>Se pide a los participantes desarrollar la hoja de trabajo sobre los factores internos y externos de resiliencia que poseen. (ver anexo 8)</p>	
<p>Cierre del programa y retroalimentación</p>	<p>Finalizando el desarrollo de la hoja del trabajo, se pide a los participantes formar parejas para describir un factor interno y un factor externo que prevalecen más en ellos, y describir el por qué.</p> <p>La facilitadora, hace un resumen de la actividad realizada, presenta el programa de la siguiente sesión y agradece la participación de los asistentes.</p> <p>Se les ofrece un compartir como cierre del programa.</p>	<p>15 minutos</p>

Sesión 2: Confianza en sí mismo - AUTOESTIMA		
Objetivos: Generar habilidad para creer en sí mismo y en sus capacidades para depender de sí mismo, y reconocer que tienen fortalezas y debilidades.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se Inicia la sesión con una visualización guiada:</p> <p>Pon en silencio todos tus pensamientos. Enfoca tu atención únicamente en tu respiración durante 2 o 3 minutos. Respira tranquila y profundamente, reteniendo el aire por 3 o 4 segundos.</p> <p>Empieza a repetir suavemente las siguientes frases. Repite 5 veces cada una de ellas:</p> <p>“Cada día mi espíritu y mi mente se llenan de paz, armonía y amor”,</p> <p>“Disfruto y valoro el momento presente, así como todas las bendiciones que tengo a mi alrededor”,</p> <p>“Me siento cada vez mejor, más valioso, lleno de vitalidad, y feliz de ser amado por mi Dios”,</p> <p>“Tengo seguridad y confianza, y me siento capaz de lograr todo lo que me proponga”.</p> <p>Visualiza una escena de FELICIDAD en la que te valoras, te aceptas, y actúas con seguridad y confianza. Trata de que sea una situación cotidiana, pero esta vez desde un aspecto positivo, porque posees una autoestima sana.</p> <p>Evoca fuertes emociones positivas. Sigue mirando la escena imaginando cada detalle, sonido, olor, sabor y sensación. Siente la felicidad y alegría tal como si lo estuvieras viviendo de verdad.</p>	20 minutos

	<p>Empieza a despertar lentamente tu mente consciente.</p> <p>Siente la confianza de que la imagen que has visualizado, se hará realidad repitiendo estos pasos a diario.</p>	
Desarrollo	<p>Se lee al grupo las aplicaciones teóricas del yo físico, yo psíquico y yo social. Se pide a los participantes que aporten sus vivencias personales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo estamos manejando nuestro cuerpo? 2. ¿Qué tanto nos damos cuenta de nuestro espíritu? 3. ¿Cómo están nuestras relaciones con los demás? 4. ¿Qué capacidades hemos desarrollado?, ¿en qué y cómo? ¿Qué habilidades y destrezas tenemos? <p>El docente da algunas pautas sobre el desarrollo del cuestionario “Conciencia y conocimiento de mí mismo”, poniendo una cruz en la columna que corresponda, según esta clave.</p> <p>SÍ = La mayor parte de las veces</p> <p>NO = Nunca</p> <p>¿ = no sé o dudo</p> <p>(Ver anexo 9)</p>	40 minutos
Cierre	Comentar en grupos de tres la experiencia de las respuestas.	20 minutos

Sesión 3: Ecuanimidad – CONDUCTA INTERIOR		
Objetivos: Incentivar hacia una perspectiva balanceada, equilibrada de la propia vida y experiencias, toma las cosas tranquilamente y modera sus actitudes ante la adversidad.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia el taller con la lectura de una historia sobre “El hombre Ecuánime” y pide a los participantes analizar el mensaje que tienen esta historia. (ver anexo 10)</p> <p>Se realiza un análisis sobre el mensaje de la historia.</p> <p>La ecuanimidad nace cuando uno no se aferra a lo agradable y no añade sufrimiento a lo desagradable.</p>	20 minutos
Desarrollo	<p>La facilitadora desarrolla el tema sobre la importancia de la ecuanimidad tomando como base el decálogo de la Conducta Interior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada de lamentaciones. • Nada de autocompadecerse. • Superar la autoimportancia. • Cambiar el “no puedo” por “no quiero”. • Cambiar “me hacen” por “me hago”. • No mentir o falsear (ajustarnos a la realidad tal como es). • Nada de pretextos o justificaciones. • Ser responsables de nuestros actos. • Nunca culpabilizarse ni nunca arrepentirse. • No adoptar cualidades de las que carecemos. • Aceptación, amor por nosotros mismos y por las demás personas. • Ecuanimidad más allá de la avidez o la aversión. • Ser consciente sin prejuicios ni condicionamientos; 	50 minutos

	<p>vigilante a la mente, la palabra y la acción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la vida como un maestro, un reto, sin demandar excesiva seguridad. Fluir, estar en armonía, libre de necios y ñoños estados de ánimo. • Ser de todos, pero de nadie demasiado. • Ser el propio refugio, la propia lámpara, la propia autoridad, dependiendo psicológicamente sólo de uno mismo. • Desarrollar el sentimiento de que cada segundo puede muy bien ser el último, para procurarle un significado pleno y creativo, en inafectación y libertad. <p style="text-align: right;">Ramiro Calle.</p> <p>https://eltallerdelaserenidad.wordpress.com/2014/11/07/decalogo-de-conducta-interior/</p>	
Cierre	<p>Trabajo final: Se pide a los participantes calificar del uno al diez el cuadro de ¿en dónde estás hoy? Y el gráfico de los valores más importantes que tienen sus vidas. “Rueda de la Vida”. (ver anexo 11 y anexo 12)</p>	<p>10 minutos</p>

Sesión 4: Perseverancia – LA AUTOEFICACIA		
Objetivos: Motivar la Constancia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina, tener voluntad para continuar la lucha y reconstruir su propia vida.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Proyectar el video “Autoeficacia –Kung Fu Panda” y hacer preguntas para que los participantes respondan en lluvia de ideas las siguientes interrogantes:</p> <p>¿Cuál crees que es el tema central que propone esta historia?</p> <p>¿Conoces entre tus conocidos a personas con actitudes parecidas a los personajes?</p> <p>Luego, el docente pregunta ¿Qué le dirías para que se mejoren sus creencias? (ver anexo 13)</p>	20 minutos
Desarrollo	<p>La facilitadora da algunas pautas sobre el tema y pide a los participantes elaborar un organizador visual con la información sobre la perseverancia - autoeficacia.</p> <p>Luego aportan sobre las características de un bajo nivel de autoeficacia y el cartel de claves para mejorar nuestra perseverancia - autoeficacia.</p>	45 minutos
Cierre	Se reflexiona y comenta sobre el CUENTO: “La Historia del Burro” (ver anexo 14)	15 minutos

Sesión 5: Satisfacción personal - AUTOACEPTACIÓN		
Objetivos: Comprender que la vida tiene un significado y propósito. La valoración de sí mismo le da sensación de tener algo por qué vivir con un sentido existencial claro		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia la sesión con la dinámica de las prioridades</p> <p>Se pide a los participantes que piensen un momento sobre las prioridades en la vida y la motivación personal. Se les pide que elaboren una lista de prioridades en su vida, se les da un minuto para que lo desarrollen el ejercicio.</p> <p>La facilitadora preguntará para que, de manera espontánea, dos o tres participantes puedan participar respondiendo a las siguientes preguntas: «qué dice tu elección acerca de ti, como persona» o «qué pasiones y talentos estás descuidando»</p>	20 minutos
Desarrollo	<p>Se proyecta el video motivador de “Cómo llegar a una satisfacción profesional y personal” (ver anexo 15)</p> <p style="text-align: right;">Alex Rovira https://www.youtube.com/watch?v=yKWWqylFr0M</p> <p>La facilitadora pide la participación voluntaria de los participantes para que den su apreciación sobre la importancia de buscar la satisfacción personal.</p> <p>Luego se les pide que desarrollen el cuestionario de satisfacción personal de: “Quien soy yo?” para que reconozcan sus capacidades de cómo lograr la satisfacción personal</p>	45 minutos
Cierre	Se realiza una síntesis de las respuestas dadas por los participantes, enfatizando las razones o sentimientos	15 minutos

Sesión 6: Sentirse bien solo – AUTOCONOCIMIENTO		
<p>Objetivos: Buscar dentro de sí, el significado de libertad y que somos únicos e importantes. Conlleva a compartir las experiencias libremente pero también guardarlas y afrontarlas solos con dignidad. Cada ser humano necesita momentos de soledad existencial.</p>		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia la sesión con un ejercicio guiado de respiración:</p> <p>Se les pide a los participantes que deben estar sentados en sus sillas, con las manos en las rodillas, y se les pide que respiren llevando gran cantidad de aire a los pulmones, se les pide relajar los músculos de la cara, de los hombros, de los codos, de las manos, de la cadera, piernas y pies, mientras respiran se les pide pensar solo en su respiración y conseguir la relación del cuerpo y mente. (Ver anexo 16)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=YYZ22Mhjzpg</p>	10 minutos
Desarrollo	<p>La facilitadora desarrolla el tema de la ventana de Johary, (Ver anexo 17)</p> <p>1.- YO ABIERTO (I). Dentro de este apartado, entran: Edad, Sexo, Raza, Cualidades o características externas, Todo aquello que comunicamos sin dificultad (opciones, gustos, ideas, sentimientos como estar contento, furioso, triste)</p> <p>2.- YO OCULTO (II). Dentro de este apartado, entra características más profundas de nuestra personalidad, como: sentimientos íntimos, experiencias personales, opiniones. Los contenidos del YO OCULTO, pueden pasar al YO ABIERTO, según vaya surgiendo en la amistad, relación de pareja, etc.</p>	55 minutos

	<p>3.- YO CIEGO (III). En este apartado incluiremos, la imagen que ofrecemos a los demás inconscientemente, como, por ejemplo: tics nerviosos, gestos inconscientes, actitudes al comunicarnos, sentimientos de superioridad e inferioridad, miedos inconscientes, limitaciones, complejos. La relación con los demás puede hacerlo pasar al YO ABIERTO.</p> <p>4.- YO DESCONOCIDO (IV). Aquí se incluye la faceta prácticamente inexplorada, tan solo saldría a la luz mediante técnicas de psicoanálisis, por ejemplo: las depresiones, los traumas, las viviendas, olvidadas...Por tanto no sería necesario rellenarla</p> <p>Una vez explicado, se pide a los participantes rellenar individualmente el contenido de las ventanas. Cuando terminen el ejercicio se pide formar grupos de 5 para que comentar la actividad, reflexionar sobre cómo nos hemos sentido, si nos ha gustado, si nos pareció divertida, en caso contrario intentaremos hallar el por qué.</p> <p>http://recursos.uveni.com/20-dinamicas-de-autoconocimiento/</p>	
Cierre	Lectura y reflexión del cuento "La paz perfecta".	15 minutos

Sesión 7: AUMENTANDO PENSAMIENTOS QUE PRODUCEN UN MEJOR ESTADO DE ÁNIMO		
Objetivos: Aumentar los pensamientos positivos que permiten sentirnos mejor.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se pide a los asistentes hacer una lluvia de ideas de lo que significa los pensamientos.</p> <p>¿A qué nos llevan los pensamientos positivos y negativos?</p> <p>Se realizará un ejercicio en el que un participante represente el estado de ánimo. Los demás tendrán que generar algún ejemplo de pensamiento, de acuerdo al que solicite el guía del taller. Se pueden solicitar pensamientos positivos, como pensamientos negativos. El participante que representa el estado de ánimo debe actuar de acuerdo al pensamiento que se le está proveyendo</p>	20 minutos
Desarrollo	<p>Desarrollo del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo. • Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal. • Siendo nuestro/a propio/a entrenador/a • Hablándole a tus pensamientos <p>Desarrollar el cuadro del ABC de las emociones. (Ver anexo 20)</p>	45 minutos
Cierre	Cuento Cherokee: Los Lobos (Ver anexo 21)	15 minutos

Sesión 8: MINDFULNES PARA EL ESTRÉS		
Objetivos: Identificar y poner en práctica técnicas para el manejo del estrés. Conocer el Mindfulness y como nos puede ayudar a mejorar el manejo del estrés. Conocer y practicar las técnicas del mindfulness sobre el manejo del estrés y los sentimientos.		
Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia la sesión con el ejercicio Mindfulness guiado – versión audio:</p> <p>https://gallery.mailchimp.com/e1a0bc349107fdd3e3bbcb72d/files/5_min_espanol.mp3</p> <p>Se pide a los pacientes sentarse cómodamente en las sillas, se les pide seguir las indicaciones del audio.</p> <p>La intención del ejercicio es hacer que los participantes se relajen en cuerpo y mente.</p>	20 minutos
Desarrollo	<p>Se invita a un experto en neurología para que desarrolle el tema sobre el estrés y salud.</p> <p>¿Qué es el estrés?</p> <p>¿Qué nos produce estrés?</p> <p>¿Por qué nos estresamos?</p> <p>¿Cómo nos afecta en el organismo?</p> <p>¿Cómo evitar el estrés?</p> <p>Técnicas de relajación para reducir el estrés.</p>	45 minutos
Cierre	<p>Cerraremos la sesión con la opinión de algunos participantes, resaltando la importancia de manejar el estrés.</p>	15 minutos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accountability. (2006). *De las Palabras a la acción El Compromiso con los Stakeholders* (Vol. 2). Recuperado el 18 de Julio de 2016, de <http://www.accountability.org/images/content/2/0/204.pdf>
- Álamo , G., Caldera , M. F., & Cardozo, M. (Setiembre de 2012). *Formación Gerencia año 11, Nª 2*. Obtenido de Resiliencia en personas con cáncer: file:///C:/Users/Mariela/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-ResilienciaEnPersonasConCancer-4192196.pdf
- Aldeanueva Fernández, I. (2013). *Los Grupos de Interés en el Ambito de la Responsabilidad Social Universitaria un enfoque teórico*. Recuperado el 15 de Julio de 2016
- American Cancer Society. (29 de enero de 2016). *Aspectos básicos sobre el cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society. (6 de julio de 2016). *El cáncer afecta su salud emocional*. Obtenido de La ansiedad, el miedo y la depresión: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>
- Ariad Odon, F. G. (1999). *El Proyecto de Investigación*. Caracas: Episteme.
- Arias, F. G. (2012). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la investigación científica*. Caracas, Venezuela: Episteme C.A.
- Arlanzón Hernández, C. (2017). *WebConsultas Healthcare, S.A.* . Obtenido de Diagnóstico del Cáncer: <https://www.webconsultas.com/cancer/diagnostico-del-cancer-287>
- Awuah, B., Bhurgri, Y., Magrath, I., Figueiredo Mathias, L., Nair, K., Ngoma, T., & Rosenblatt, E. (2007). *OMS Camino de un paciente*. Obtenido de Control del Cáncer, aplicación de los conocimientos - Guía de la OMS

para desarrollar programas eficaces - Diagnóstico y tratamiento:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44005/1/9789243547404_spa.pdf

Ayala García, M. O. (Setiembre - Diciembre de 2011). Responsabilidad Social Universitaria. *Realidad y Reflexión*(33), 32-33. Recuperado el 16 de 07 de 2016, de
www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/91/1/Responsabilidad%20social%20universitaria.pdf

Baca Romero, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. Obtenido de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3575/1/Baca_rd.pdf

Becoña, E. (2006). *Revista de Psicopedagogía y Psicología Clínica*. Obtenido de Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto:
[http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)

Berger, G. (1954). Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger. En L. A. Vicuña Peri, *Carácter y Personalidad* (págs. p.13-36). Paidós.

Briggs, M. (2013). Psiquetipos de la Personalidad. En G. A. Seelbach González, *Teorías de la Personalidad* (pág. (p.35)). Tlalnepantla: Ma. Buendía López, Eugenia.

Burga Delgad, I., & Sánchez Vásquez, T. (Febrero de 2016). *Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en el HNGAI - EsSalud de Lima, 2016*. Obtenido de
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/443/Isaias_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1

Cabaynes Truffino, J. (1 de Setiembre de 2010). *Revista de Psiquiatría y salud Mental*. Obtenido de Resiliencia: una aproximación al concepto:
file:///C:/Users/Mariela/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/S1888989110000741_S300_es.pdf

- Cancer, Fundación Peruana de. (2016). *MEMORIA 2016*. Obtenido de Humberto Allemant Salazar: <https://fpc.pe/wp-content/uploads/2017/03/MEMORIA-2016.pdf>
- Carretero Bermejo, R. (2010). *Resiliencia, una visión positiva para la prevención*. Obtenido de Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas e intervenciones de los servicios sociales: <https://webs.ucm.es/info/nomadas/27/raulcarretero.pdf>
- Chico Librán, E. (2014). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Chuquimajo, S. (2014). *Personalidad y clima social familiar en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental*. Recuperado el 05 de Enero de 2017, de Cybertesis.: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3821>
- CNN Chile. (7 de julio de 2017). *Estudio: Las muertes por cáncer en América Latina aumentarán un 106% en 2030*. Obtenido de <http://www.cnnchile.com/noticia/2017/07/07/estudio-las-muertes-por-cancer-en-america-latina-aumentaran-un-106-en-2030>
- Conferencia Internacional del trabajo. (1975).
- Constitución Política del Perú. (1993).
- Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones. Recuperado el 12 de Enero de 2017
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Cossio, I. B., & Góngora, N. (Enero de 2014). *Caracterización de la responsabilidad social universitaria en la Universidad San Buenaventura Bogota*. Tesis, Universidad San Buenaventura Bogotá, Bogota D.C. Recuperado el 28 de Mayo de 2016
- De Pelekais, C., & Aguirre, R. (Julio - Diciembre de 2010). Gestión universitaria socialmente responsable: un camino efectivo hacia el servicio comunitario. *Revista Electrónica de Humanidades, Educación y*

Comunicación Social, 5(8), 90-101. Recuperado el 23 de Junio de 2016, de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=274719800008>

Día Mundial contra el cáncer. (30 de junio de 2017). *Día Mundial contra el cáncer 2017*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12910%3Aworld-cancer-day-2017&catid=9245%3Aworld-cancer-day-wdc&Itemid=41707&lang=es

Educativo, P. G. (2016). *Pitágoras Grupo Educativo*. Obtenido de <http://www.grupopitagoras.com/>

Elias Medina, T., & Vila Córdova, S. (2014). *Análisis de la Responsabilidad Social Universitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú en el Proyecto Construcción de Viviendas seguras y saludables, para las familias afectadas por el sistema*. Tesis , Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado el 31 de Mayo de 2016, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5776>

Enciclopedia Química.Es. (s.f.). *Enfermedad*. Obtenido de <http://www.quimica.es/enciclopedia/Enfermedad.html>

Erikson, E. (1950). Sigue un plan preestablecido. En D. Kindersley, *El libro de la psicología* (págs. 272-273). Gran breaña: Cosar Editoras.

Española, D. d. (2017). *Universidad*. Obtenido de Diccionario de la Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=b6TOjV2>

Española, R. A. (2017). *Carácter*. Recuperado el 05 de Enero de 2017, de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=7OboGAc>

ESTADO. (9 de Julio de 2014). *Normas Legales N°12914*. Obtenido de http://www.sunedu.gob.pe/files/normatividad/LEY_UNIVERSITARIA.PDF

Fernández García, R. (2009). *Responsabilidad Social Corporativa*. San Vicente, Alicante, España: Editorial Club Universitario. Recuperado el 23 de Junio de 2016, de <https://books.google.com.pe/books?id=295vqLhaTioC&printsec=frontcov>

er&dq=%22responsabilidad+social%22&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%22responsabilidad%20social%22&f=false

Fierro, A. (2014). *La construcción de la persona*. Obtenido de Universidad de Málaga.

Forum Empresa Responsabilidad Social Empresarial de las Américas. (1997). *Red Empresa*. (J. Aizpurua, Productor) Recuperado el 23 de Junio de 2016, de CEMEX:
http://www.empresa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=102

Francois, V. (2009). *Responsabilidad Social Universitaria: Manual de Primeros Pasos* (Primera ed.). (G. Giannoni, Ed.) Mexico D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V., BID. Recuperado el 06 de Junio de 2016

Freeman, E. (1984). *Strategic Management A Stakeholder Approach*. (C. U. 2010, Ed.) Minnesota, EEUU. Recuperado el 19 de Julio de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=NpmA_qEiOpkC&printsec=frontcover&dq=stakeholder&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjkt_Yk__NAhXK1R4KHY7fAC0Q6AEIHzAA#v=onepage&q=stakeholder&f=false

Fundación ECO. (2014). *Generalidades en oncología*. Obtenido de Fundación para la excelencia y la calida de la oncología:
<https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>

Galan, J. I., & Sáenz de Miera, A. (2012). *Reflexiones sobre la Responsabilidad Social Corporativa en el siglo XXI, Breve Marco Teórico de la Responsabilidad Social Universitaria* (Primera ed.). (J. I. Galán, & A. Sáenz de Miera, Edits.) España, Salamanca, ISBN: 978-84-9012-060-6: Ediciones Universidad Salamanca - España. Recuperado el 01 de Junio de 2016

- Gamboa, S. F., & Benites, L. (2012). *Formación Profesional en las Ciencias Sociales* (Primera ed.). (A. Juana Maria., Ed.) Mexico, Mexico.
- García, C. E. (s.f.).
- Garcia, C. E. (Junio de 2014). Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114794.pdf>
- García, M., & Medina, M. S. (Mayo de 2011). *Factores que influyeron en el proceso de integración a la Universidad Católica y en el rendimiento académico de los alumnos que ingresaron en el 2004-I procedentes de los diferentes departamentos del Perú*. Recuperado el 01 de Enero de 2017, de PUCP: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1233>
- González, G. A. (2013). Procesos caracterológicos por Erich From. En G. A. Seelbach González, *Teorías de la Personalidad* (págs. (p.40-43)). Tlalnepantla: Ma. Buendía López, Eugenia.
- González, G. A. (2013). *Teoría de la Personalidad*. (M. E. López, Ed.) Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio S.C.
- González, G. A. (2013). *Teorías de la personalidad*. (M. E. López, Ed.) Tlalnepantla, México: RED TERCER MILENIO S.C.
- Gratacós, M. (2017). *El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner*. Obtenido de Lifeder.com: <https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner/>
- Guía de Responsabilidad Social* . (01 de Noviembre de 2010). Recuperado el 15 de Julio de 2016, de Norma Internacional ISO 2600: <file:///E:/RSU/Marco%20Legal/Borrador-ISO-26000.pdf>
- Herderson. (2000).
- Hernández Sampieri, C., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA .

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA .
- Instituto Nacional de Salud. (25 de marzo de 2010). *Artículo 1ª*. Obtenido de Ugarte, Oscar; Minsitro de Salud: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/inv_obs2/Resoluci%C3%B3n%20%20Ministerial%20220%20PRIORIDADES%20NACIONALES.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer. (9 de marzo de 2015). *Estadificación del cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Izquierdo Martínez, A. (2002). *Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción*. Recuperado el 05 de enero de 2017, de Universidad Complutense de Madrid: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0202220617A/16585>
- Larrán Jorge, M., & Andrades Peña, F. J. (2013). *El Marco Conceptual de la Responsabilidad Social Universitaria*. (F. d. Granada, Ed.) Granada, Andalucía, España. Recuperado el 12 de Julio de 2016, de rsuniversitaria.org/web/images/stories/Marco_conceptual_RSU_1.pdf
- Larrán-Jorge, M., & Andrades Peña, F. J. (2015). Análisis de la responsabilidad social universitaria desde diferentes enfoques teóricos. *Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, VI(15), 91-107. Recuperado el 31 de mayo de 2016, de <http://rie.universia.net/article/view/1053/analisis-responsabilidad-social-universitaria-enfoques-teoricos>
- Limache García, A. (Agosto de 2009). *Guía de prevención de Cáncer dirigido a docentes de educación básica V2*. Obtenido de file:///E:/Guía-para-prevencion-de-cancer-para-docentes%202009.pdf
- Ludwig Schmidt, H. (2013). La dignidad del enfermo en la dicotomía entre salud pública y privada. *Bioethikos - Centro Universitario Sao Camilo*, 7(3),

291-304. Obtenido de <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1813.pdf>

Martínez Herrera, H. (2011). *Responsabilidad social y etica empresarial* (Primera ed.). (A. A. Quintero, Ed.) Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones. Recuperado el 23 de 06 de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=AZ3FAQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=la+responsabilidad+social&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=la%20responsabilidad%20social&f=false

Mateu Pérez, R., García Renedo, M., Gil Beltrán, J. M., & Caballer Miedes, A. (2009). *Qué es la resiliencia. Hacia un modelo integrador*. (U. J. I, Editor) Obtenido de Quinzenes Jornades de Foment de la Investigació de la FCHS: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medina, O. (25 de octubre de 2016). Junín entre las primeras que refieren más casos de cáncer al INEN. *Especialista de la capital asegura que nuestros hábitos de consumo y estilos de vida influyen*, págs. <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/junin-entre-las-primeras-que-refieren-mas-casos-de-cancer-al-inen-706750/>.

Ministerio de Salud del Perú. (2013). *¿Cuáles son los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro país?* Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/cancer/index.asp?pg=2>

Mori, M. d. (2012). *Deserción Universitaria en Estudiantes de una Universidad Privada de Iquitos*. Recuperado el 13 de Enero de 2017, de Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria UPC: <http://revistas.upc.edu.pe/index.php/docencia/article/view/42>

Munist, M., Santos, M., Kotliarenko, M. A., Suárez, E. N., Infante, F., & Grotberg, E. (Setiembre de 1988). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Obtenido de ORGANIZACIÓN

PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>

Novoa, B. E. (2015). *Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios*.

Recuperado el 05 de Enero de 2017, de Scielo:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300007&lang=pt

OMS. (Diciembre de 2013). OMS. Obtenido de Salud mental: un estado de bienestar: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS. (Febrero de 2017). *Cáncer*. Obtenido de Datos y cifras: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

OMS Acta de constitución. (octubre de 2006). Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. *Conferencia Sanitaria Internacional*, (págs. 1-18). Obtenido de Documentos básicos, suplemento de la 45a edición: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

OMS Nota Descriptiva. (Febrero de 2017). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Personalidad*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (febrero de 2017). *Cáncer - Nota descriptiva - Centro de prensa*. Obtenido de Factores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Paucar, V. R. (2012). *La personalidad del alumno kichwa y su influencia en el aprendizaje escolar*. Recuperado el 10 de Enero de 2017, de Universidad Politécnica Salesiana Ecuador. Repositorio Digital: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/10492>

Pérez Domínguez, F. (2009). *Responsabilidad Social Universitaria*. Huelva, España: Consejo Social de la Universidad de Huelva. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de www.uhu.es/consejo.social

Periódico Gestión. (5 de febrero de 2016). *Cáncer en Perú: El 85% de casos se detectan en estadíos avanzados* . Obtenido de Dammert:
<http://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-se-detectan-estadios-avanzados-2154023>

Pinillos-Ashton, L., & Limache-García, A. (2013). CONTRIBUCIONES DE LA COALICIÓN MULTISECTORIAL PERÚ CONTRA EL CÁNCER. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 99-104. Obtenido de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a19v30n1.pdf>

Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos linares, V., martínez gonzález, A. E., & oblitas guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 85-112. Obtenido de
file:///C:/Users/Mariela/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/136-643-1-PB.pdf

Plan Estratégico 2006-2016 . (febrero de 2006). *Coalción Multisectorial Perú contra el cáncer*. Obtenido de
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1066_OPS731.pdf

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 70. Obtenido de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200007

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (Jul-Dic de 2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82. Obtenido de
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Quimica.es, E. (s.f.). *Enfermedad*. Obtenido de
http://www.quimica.es/enciclopedia/Enfermedad.html#Definici.C3.B3n_d_e_enfermo

Ramírez Ramírez, C., Serrano Ruíz, C. P., Abril Miranda, J. P., Clavijo González, N., Guerra Urquijo, L. Y., & Ramón Camargo, L. V. (Anero-

- abril de 2014). Instrumentos utilizados para la identificación y/o medición de las barreras ambientales que experimentan las personas con discapacidad física y sus propiedades psicométricas. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 46(1), 71-82. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v46n1/v46n1a09.pdf>
- Real Academia Española. (2017). *Carácter*. Recuperado el 05 de Enero de 2017, de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=7OboGAc>
- Rodríguez, E. S. (26 de Abril de 2011). ADAPTACIÓN A NIÑOS DEL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a02v17n2.pdf>
- Sáenz, S. (31 de Marzo de 2013). *Mi espacio Resiliente*. Obtenido de Casita-de-vanistendael: <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2013/03/31/la-casita-de-vanistendael/>
- Salgado Lévano, A. C. (25 de setiembre de 2009). *FELICIDAD, RESILIENCIA Y OPTIMISMO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NACIONALES DE LA CIUDAD DE LIMA*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a07v15n2.pdf>
- Salgado Lévano, A. C. (09 de Octubre de 2009). *Revista Liberabit de Psicología, vol. 15, núm. 2*. Obtenido de FELICIDAD, RESILIENCIA Y OPTIMISMO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NACIONALES DE LA CIUDAD DE LIMA: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a07v15n2.pdf>
- Salgado Lévano, Ana Cecilia. (25 de setiembre de 2009). Felicidad, Resiliencia y Optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *LIBERABIT*(ISSN: 1729 - 4827), 134. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a07v15n2.pdf>
- Samanez, B. E., Isus Barado, S., Martínez Clares, M., & Sorasola Ituarte, L. (2008). *Orientación Profesional* (Primera ed.). Barcelona, España: UOC. Recuperado el 09 de Junio de 2016

- Sampiere Fernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación - APA sexta edición*. Santa Fe, México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Obtenido de http://www.academia.edu/15265809/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_-_Sexta_Edici%C3%B3n
- Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C., & Lucio Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Distrito Federal, Mexico: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 12 de Julio de 2016, de <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/files/2014/04/Hernandez-Sampiere-Cap-1.pdf>
- Santos R, J. A. (2004). *La Ruta: un mapa para construir futuros*. (E. d. Salvador., Ed.) Recuperado el 08 de Enero de 2017, de Universidad Politécnica Salesiana: http://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_45964_45963.pdf
- Seelbach, G. A. (2013). Componentes de la Personalidad. En G. A. Seelbach González, *Teorías de la Personalidad* (pág. (p.9)). Tlalnepantla: Ma. Buendía López, Eugenia.
- Seelbach, G. A. (2013). Concepciones Fundamentales de la Personalidad. En G. A. Seelbach González, *Teorías de la Personalidad* (pág. (p.23)). Tlalnepantla: Ma. Buendía López, Eugenia.
- Seelbach, G. A. (2013). Criterios de Anormalidad. En G. A. Seelbach González, *Teorías de la Personalidad* (pág. 26). Tlalnepantla: Ma. Buendía López, Eugenia.
- Society, American Cáncer. (30 de marzo de 2015). *Tipos comunes de tratamiento para el cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/despues-del-diagnostico/tratamientos-comunes-contra-el-cancer.html>

- Solano David. (14 de Mayo de 2016). Enfoque : Responsabilidad Social Universitaria en el Perú. *Diario El Peruano*. Recuperado el 07 de Julio de 2016, de <http://www.elperuano.com.pe/noticia-responsabilidad-social-universitaria-40947.aspx>
- Suárez Relinque, C. (2014). *Entre ciencia y experiencia: Un estudio cualitativos del consumo de alcohol en adolescentes*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/cristian/cs2014/tesis-csuarez.pdf>
- Svrakic, D. (2005). *Temperament and Character*. Recuperado el 08 de Enero de 2017, de Universitat Autònoma de Barcelona: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129276/agf1de1.pdf;jsessionid=9F11874885669C21354F231E97BFCA3B?sequence=1>
- Tirado, C. B., Rojas Moreno, L., & Sandoval Montaña, R. (1996). Tendencias en la formación profesional universitaria en educación. *Redalyc*. Recuperado el 08 de 06 de 2016, de www.redalyc.org/pdf
- Universidad Inca Garcilaso de la Vega. (s.f.). <http://www.uigv.edu.pe/universidad-uigv/semblanza-historica/>. Recuperado el 23 de Junio de 2016
- Universidad Siglo 21. (12 de Setiembre de 2014, s/n). *Responsabilidad Social Universitaria*. Recuperado el 27 de Mayo de 2016, de Descripción: <http://www.21.edu.ar/responsabilidad-social.html>
- Vallaey, F. (s.f.). http://www.ucv.ve/uploads/media/Responsabilidad_Social_Universitaria_Francis_Vallaey.pdf. Recuperado el 29 de 05 de 2016
- Vallaey, F., De la Cruz, C., & Sasia, P. M. (2009). *Responsabilidad Social Universitaria Manual de Primeros Pasos* (Primera ed.). Mexico DF: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. Recuperado el 27 de 06 de 2016
- Valverde Chaves, J., Beita Sandi, W., Bermúdez Mora, J. C., Pino Chacón, G., Rodríguez Calderón, G., & Sánchez Meza, R. (2011). *Gestión de la Responsabilidad Social Universitaria dimensiones y estudios de caso*

(Primera ed.). (C. Buezo Cruz, López Ramírez, Alexander, M. Ugalde , & M. Candelario, Edits.) Heredia, Costa Rica: Dinamo Innovador.
Recuperado el 06 de Junio de 2016

Vara Horna, A. A. (2010). *7 Pasos para una Tesis Exitosa, desde la idea inicial hasta la sustentación* (2da. ed.). Lima, Lima, Peru. Recuperado el 18 de 06 de 2016

Vicuña, L. A. (2006). *Cuestionario Caracterológico de Gaston berger*. Lima: LAVP.

Vicuña, L. A. (2006). *Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger*. Lima, Perú: Lavp. Recuperado el 08 de Enero de 2017

Vicuña, L. A. (2010). *Inventario de intereses profesionales y ocupacionales casm-83*. Lima, Perú. Recuperado el 01 de Diciembre de 2017

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 13 - 13.

Wolin, & Wolin. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard Books.

Yfarraguerri Villarea, L. (2014). *Responsabilidad Social Universitaria: Un Reto de las Instituciones de Educación Superior*. Instituto Spenta, Mexico.
Recuperado el 15 de 06 de 2016

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

DEFINICION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICION DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	METODOLOGIA
Problema general	Objetivo general	La resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.	05 dimensiones	25 items en total	<p>La investigación es de tipo descriptiva, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles del grupo de personas que se someten a un análisis. La utilidad es para revelar con precisión los ángulos o dimensiones del fenómeno que se está investigando. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 92)</p> <p>El diseño de la investigación es transversal, porque se recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su prevalencia e interrelación en un momento dado.</p> <p>La investigación es de tipo No Experimental por que las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 154). Es decir que solo se observa los fenómenos tal como se muestra en su contexto originario</p>
Cuál es el nivel para determinar la Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Determinar el nivel de resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.				
Problemas específicos	Objetivos específicos				
Cuál es el nivel para determinar el nivel de Satisfacción Personal en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Identificar el nivel de Satisfacción Personal en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.		Satisfacción Personal	(16, 21, 22 y 25)	
Cuál es el nivel para determinar el nivel de Ecuanimidad en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Distinguir el nivel de Ecuanimidad en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	La Resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra.	Ecuanimidad	(7, 8, 11 y 12)	
Cuál es el nivel para determinar el nivel de Sentirse Bien Solo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Mostrar el nivel de Sentirse Bien Solo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Puede entenderse	Sentirse Bien Solo	(5, 3 y 19)	

Oncosalud del Distrito de San Borja.		aplicada a la psicología			y posteriormente ser analizados.
Cuál es el nivel para determinar el nivel de Confianza en sí mismo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Concretar el nivel de Confianza en sí mismo en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.	Confianza en sí mismo	(6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24)	<p>Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993).</p> <p>Procedencia: Estado Unidos.</p> <p>Adaptación peruana: Noelia Novella (2002).</p> <p>Administración: Individual o colectiva.</p> <p>Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.</p> <p>Aplicación: Pacientes que reciben tratamiento oncológico.</p> <p>Población: 92</p> <p>Muestra: 74</p>
Cuál es el nivel para determinar el nivel de Perseverancia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.	Precisar el nivel de Perseverancia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja.		Perseverancia	(1, 2, 4, 14, 15, 20, 23)	

ANEXO 2. ESCALA DE RESILIENCIA

Instrucciones:

A continuación, se les presenta una serie de frases a las cuales usted responderá con una X en la alternativa que crea conveniente.

No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo (a).

		Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando planeo algo lo realizo.							
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3	Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
4	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo.							
6	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8	Soy amigo(a) de mí mismo(a).							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10	Soy decidido (a).							
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12	Tomo las cosas una por una.							
13	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14	Tengo auto disciplina.							
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas.							
16	Por lo general encuentro algo de que reírme.							
17	El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera.							
21	Mi vida tiene significado.							
22	No me lamento de las cosas por lo que no puedo hacer nada							
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

ANEXO 3. FICHA DE DATOS

FICHA DE DATOS

Datos personales:

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____

Estado civil: _____ Tipo de religión: _____

Lugar de procedencia: _____

Con quién/es vive: _____

Datos sobre el tratamiento:

Tipo de diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Etapa en el proceso de atención médica: _____

ANEXO 4. CONSETIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado tiene como finalidad proporcionar a los participantes de esta investigación una explicación sobre el constructo de la resiliencia y especialmente proporcionarle herramientas para sobrellevar la enfermedad de manera positiva, aún en los momentos sombríos.

La presente investigación ha sido desarrollada por la Bachiller de Psicología Mariela Molero Osorio, para optar el Título profesional de Licenciado en Psicología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, cuyo objetivo principal está orientado a determinar el nivel de resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica particular del distrito de San Borja.

El tiempo que le tomará desarrollar esta encuesta es de 25 minutos, a un total de 25 pregunta y su participación es totalmente voluntaria. Si durante el desarrollo del cuestionario tuviera alguna pregunta o duda sobre el presente proyecto, lo puede hacer libremente y la cantidad de veces que sea necesaria. Si alguna pregunta fuera intimidante, le causase incomodidad y desee retirarse, lo puede hacer sin ningún problema.

La información que se obtenga de esta investigación será confidencial y no se hará uso para otro propósito de investigación.

Estando de acuerdo con lo antes informado, acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación. Asimismo, responder a la ficha de datos generales y a la hoja de encuesta.

Firma del Paciente

ANEXO 5. CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 27 de noviembre del 2017

Carta N° 3186-2017-DFPTS

Doctor
FRANK YOUNG TABUSSO
DIRECTOR MEDICO
CLINICA ONCOSALUD

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita Mariela Molero Osorio, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 31176523-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,

RGS/wh
Id. 779092



DR. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

ONCOCENTER PERU SAC

FRANK YOUNG TABUSSO
DIRECTOR MEDICO - CLINICA ONCOSALUD

Av. Petit Thouars 248, Lima
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304
E-mail: psico-soo@uigv.edu.pe

ANEXO 6. CARTA DE RESPUESTA

Oncocenter Perú S.A.C.
Una empresa al servicio de Oncosalud S.A.C.



San Borja, 04 de diciembre del 2017

Doctor
Ramiro Gómez Salas.
Decano
Facultad de Psicología y Trabajo Social
Universidad Inca Garcilaso de la Vega
Presente.

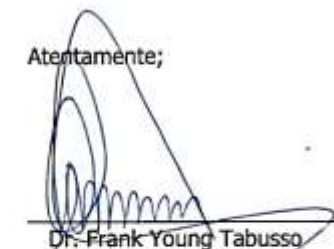
De mi mayor consideración:

ASUNTO: Carta N° 3189-2017-DFPTS

Sirva la presente, para expresarle nuestro cordial saludo y a la vez autorizamos a la señora Mariela Molero Osorio, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología, identificada con código 31176523-0, para que tome muestras de investigación sobre la Escala de Resiliencia a los pacientes que reciben tratamiento oncológico en nuestra clínica de alta especialidad.

Agradecemos y deseamos éxito en la realización del estudio.

Atentamente;



Dr. Frank Young Tabusso
Director Médico
Clínica Oncosalud

ANEXO 7. ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?

SESIÓN 1

CUENTO: El príncipe y el diamante

Regálame la salud de un cuento

José Carlos Bermejo

Editorial SAL TERRAE – Santander España 2004 – Pág. 120

<https://www.youtube.com/watch?v=8Ncvq7GSZSQ>

Un príncipe poseía un magnífico diamante, del que estaba muy orgulloso. Un día, en un accidente, la piedra preciosa quedó totalmente rayada. Este hecho entristeció al príncipe, y decidió poner todo su empeño en conseguir que el diamante volviera a ser lo que había sido.

Para ello, convocó a los más hábiles especialistas con el fin de que la joya recuperase su estado original. Pero, a pesar de todos los esfuerzos no pudieron borrar ni tapar la raya.

Apareció entonces un genial lapidario. Con arte y paciencia talló en el diamante una magnífica rosa y fue lo suficientemente hábil para hacer del arañazo el tallo mismo de la rosa... de tal manera que la piedra preciosa apareció, después, mucho más bella que antes.

- ¿Si yo fuera el diamante, encontraría rayas también en él que me hacen sufrir?
- A veces me empeño en eliminar rayas del diamante de mi vida, historias del pasado que no pueden desaparecer, y gasto energías inútilmente...
- Si yo fuera el genial lapidario, podría convertir ciertas rayas del diamante de mi vida en oportunidades de mayor belleza...

ANEXO 8. FACTORES DE RESILIENCIA

SESIÓN 1

FACTORES DE RESILIENCIA

¿Qué factores internos y externos tengo hoy?

Factores internos:	Factores externos:

Cuadro adaptado para la intervención.

ANEXO 9. CONFIANZA EN SÍ MISMO – AUTOESTIMA

SESIÓN 2

Cómo desarrollar la autoestima

Dr. Mauro Rodríguez Estrada; Dra. Georgina Pellicer de Flores y Magdalena Domínguez Eyssautier. Pág. 22 y 23

		SÍ	?	NO
Comprendo mis necesidades básicas	1. Me ocupo de mis necesidades físicas; comida, techo, salud... 2. Me amo a mí mismo y a los demás 3. Me arriesgo, explorando y creando. 4. Aprendo, estudio y reflexiono. 5. Ayudo y trabajo con otros 6. Acepto mis capacidades y limitaciones 7. Lucho por mi dignidad y autorrespeto.			
Expreso mis sentimientos	8. Soy abierto y espontáneo. 9. Soy capaz de intimar con otras personas. 10. Expreso depresión y tristeza con lágrimas y angustia. 11. Expreso mis temores, ansiedades y preocupaciones. 12. Expreso alegrías y felicidad con risas y júbilo. 13. Expreso mis enojos y frustraciones. 14. Gozo la vida con otros			
Tengo control y conciencia de mí mismo	15. Me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo: respiración, vista, oído, gusto, tacto y olfato. 16. Tengo fe en mis talentos y habilidades. 17. Tengo sensibilidad y percepción de los sentimientos de otros. 18. Manejo y supero mis conductas indeseables. 19. Planeo y dirijo mi propio futuro.			
Estoy consciente de los	20. Aprecio y refuerzo mis conductas deseables. 21. Deseo cosas grandes y las fantaseo. 22. Practico los valores sociales: cortesía y honestidad.			

valores humanos	<p>23. Desarrollo conciencia del fin que tienen el poder y la riqueza.</p> <p>24. Atiendo, sirvo y apoyo a los demás.</p> <p>25. Desarrollo la apreciación por la belleza y el arte.</p> <p>26. Me comprometo a mí mismo a seleccionar mis valores y expectativas.</p> <p>27. Aprendo a dar y dar más plenamente.</p>			
Desarrollo una madurez personal y social	<p>28. Me responsabilizo anticipadamente de las consecuencias de mi conducta.</p> <p>29. Asumo la responsabilidad de mis propias decisiones</p> <p>30. Me adapto a los cambios sociales y de la comunidad.</p> <p>31. Asumo las responsabilidades sociales y de la comunidad.</p> <p>32. Me identifico con los problemas de los demás y ofrezco mi ayuda.</p> <p>33. Me trasciendo a mí mismo a través de una identificación con el universo</p> <p>34. Renuevo y recreo mi ser.</p>			

ANEXO 10. EJERCICIO DE REFLEXIÓN

SESIÓN 3 EL HOMBRE ECUÁNIME

<http://seminariodevalores.foroactivo.com.mx/t140-ecuanimidad>

Vivía en un pueblo en el interior de la India, había enviudado y tenía un hijo. Poseía un caballo, y un día, al despertarse por la mañana y acudir al establo para dar de comer al animal, comprobó que se había escapado. La noticia corrió por el pueblo y vinieron a verlo los vecinos para decirle:

- ¡Qué mala suerte has tenido! Para un caballo que poseías y se ha marchado.
- Sí, sí, así es; se ha marchado -dijo el hombre.

Transcurrieron unos días, y una soleada mañana, cuando el hombre salía de su casa, se encontró con que en la puerta no sólo estaba su caballo, sino que había traído otro con él. Vinieron a verlo los vecinos y le dijeron:

- ¡Qué buena suerte la tuya! No sólo has recuperado tu caballo, sino que ahora tienes dos.
- Sí, sí, así es -dijo el hombre.

Al disponer de dos caballos, ahora podía salir a montar con su hijo. A menudo padre e hijo galopaban uno junto al otro. Pero he aquí que un día el hijo se cayó del caballo y se fracturó una pierna. Cuando los vecinos vinieron a ver al hombre, comentaron:

- ¡Qué mala suerte, verdadera mala suerte! Si no hubiera venido ese segundo caballo, tu hijo estaría bien.
- Sí, sí, así es -dijo el hombre tranquilamente.

Pasaron un par de semanas. Estalló la guerra. Todos los jóvenes del pueblo fueron movilizados, menos el muchacho que tenía la pierna fracturada. Los vecinos vinieron a visitar al hombre, y exclamaron:

- ¡Qué buena suerte la tuya! Tu hijo se ha librado de la guerra.
- Sí, sí, así es -repuso serenamente el hombre ecuánime.

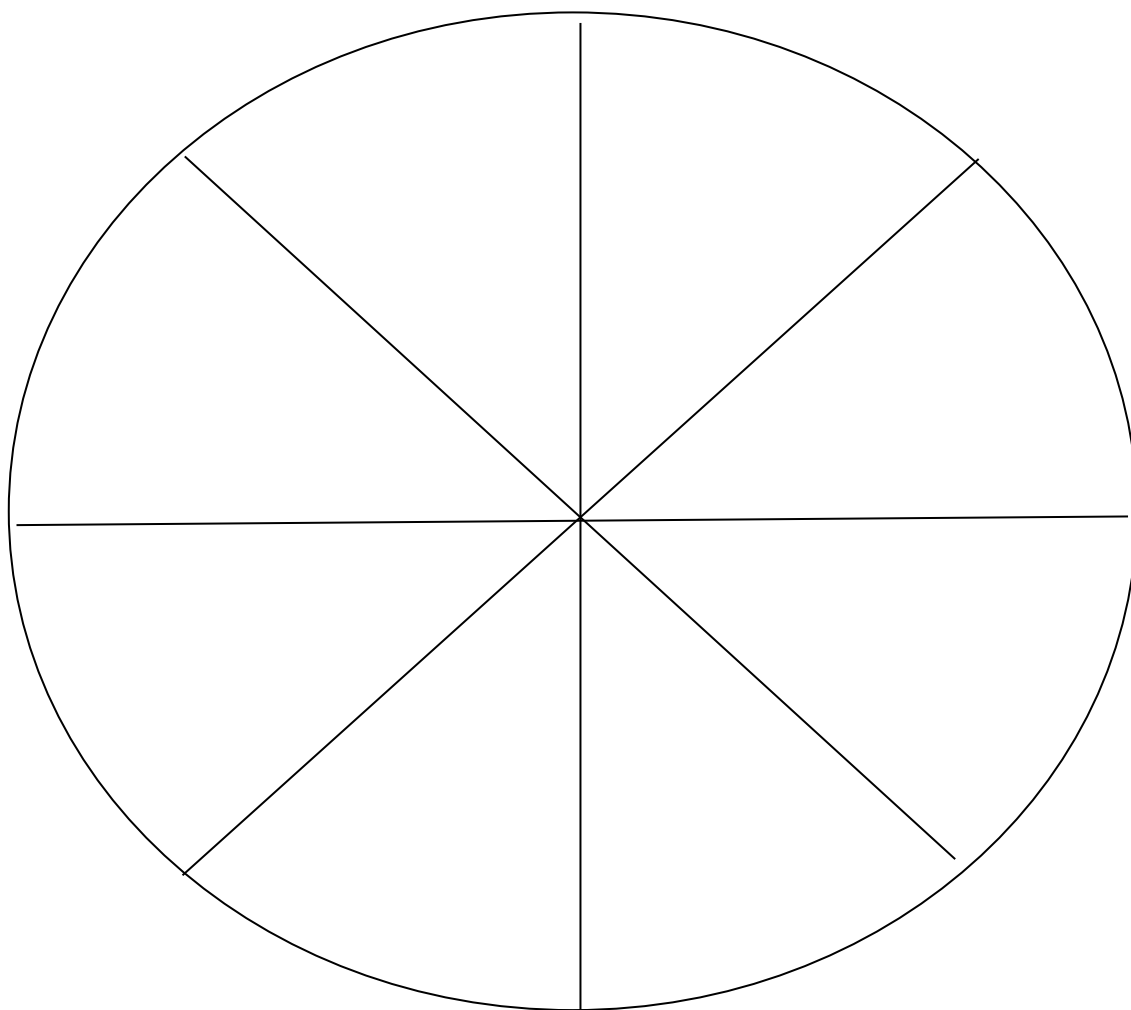
ANEXO 11. ¿EN DÓNDE ESTÁS HOY?

SESIÓN 3

	Nivel de Satisfacción (1-10)	Nivel de Importancia (1-10)
Carrera- vida laboral y/o profesional	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Salud- Bienestar	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Relacione	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Dinero	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Crecimiento personal/ Espiritualidad	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Recreación	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
Entorno (físico y en general lo que me rodea)	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
¿Qué quisiera tener más en mi vida...?		
¿Qué quisiera tener menos en mi vida...?		
¿Qué estoy tolerando...?		

ANEXO 12. RUEDA DE LA VIDA

SESIÓN 3



- 1 _____ 10 +

ANEXO 13. VIDEO: CRESTOMATIA KUNG FU PANDA - AUTOEFICACIA Y AUTOCONCEPTO

SESIÓN 4

<http://m.androidmafia.ru/video/SvLivOVGEto>

NUESTRAS CREENCIAS

Las creencias, (ideas), Irracionales, pueden llegar a ser una oportunidad para tu crecimiento personal, la oportunidad de ejercer tu derecho a elegir, ese derecho que sólo los seres humanos poseemos, elegir entre vivir esclavizado o perturbado por demandas irracionales, que difícilmente pueden hacerse realidad, u optar por ejercer ese don y ese derecho y usar la voluntad y la razón para analizar y confrontar esos pensamientos, ideas o creencias, hasta lograr modificaciones y conseguir una existencia menos perturbada, más satisfactoria y más feliz.

¿Qué puedes hacer con ese derecho y ese don inalienable del ser humano?

Admitir que tienes el don y la capacidad de creer, pensar y sentir, lo que tu decidas.

Admitir que tienes variadas opciones para elegir con total libertad, nadie puede imponerte en qué crees, cuánto sufres, cuánto amas, ni cómo usar tu mente.

Convencerte de que aprender el uso esos dones, (que para eso nos fueron dados), es un juego de ganar/ganar, una vez aprendido podrás aplicarlo a tu diario vivir, sea este como sea.

Evita preguntarte, porque esto?, ¿por qué a mí?, por qué ahora?, la vida no se da con un libreto pre-establecido, acepta lo que te toque vivir como parte de tu historia personal, como parte de un aprendizaje, convencido de que puedes elegir en cada oportunidad, diferentes respuestas a las diferentes circunstancias que se presenten y a las instrucciones que vienen del pasado, en tu vida presente, en el hoy.

Siempre puedes decidir cómo será tu vinculación con lo que ocurra, aprendiendo y aplicando la creencia de una nueva creencia, eso es algo que

nadie puede hacer por ti; ¡tú puedes elegir cómo pensar y cómo actuar ante la vida y sus avatares...qué liberación!!

Lo puedes lograr por ti mismo, con el poder de una mente libre por naturaleza, una mente que nadie puede arrebatarte ni controlar, ni, aunque fueras sometido al cautiverio físico. Una mente tuya, con poder ilimitado y a tu disposición.

Tus creencias, son tu propia creación. Tú impones tu propia ley en ti mismo. Eres la autoridad de ti mismo para bien o para mal.

ANEXO 14. CUENTO: LA HISTORIA DEL BURRO

SESIÓN 4

Un día, el burro de un campesino se cayó en un pozo. El animal lloró fuertemente por horas, mientras que el campesino trataba de buscar algo que hacer.

Finalmente, el campesino decidió que el burro ya estaba viejo y el pozo ya estaba seco y necesitaba ser tapado de todas formas; que realmente no valía la pena sacar al burro del pozo.

El burro se dio cuenta de lo que estaba pasando y lloró horriblemente. Luego para sorpresa de todos, se aquietó después de una cuantas lampadas de tierra.

El campesino finalmente miró al fondo del pozo y se sorprendió de lo que vio...con cada palada de tierra, el burro estaba haciendo algo increíble: Se sacudía la tierra y daba un paso encima de la tierra.

Muy pronto todo el mundo vio sorprendido cómo el burro llegó hasta la boca del pozo, pasó por encima del borde y salió trotando.....

La vida va a tirarte tierra, todo tipo de tierra... el truco para salir del pozo es sacudírtela y usarla para dar un paso hacia arriba.

Cada uno de nuestros problemas es un escalón hacia arriba. Podemos salir de los más profundos huecos si no nos damos por vencidos.

¡¡¡Usa la tierra que te echan para salir adelante!!!

Recuerda las 5 reglas para ser feliz:

- 1. Libera tu corazón del odio.*
- 2. Libera tu mente de las preocupaciones.*
- 3. Simplifica tu vida.*
- 4. Da más y espera menos.*
- 5. Ama más y sacúdete la tierra porque en esta vida hay que ser solución, no problemas.*

Aprender a dar y compartir es un paso importante, en el proceso de enriquecer y mejorar nuestra calidad de vida.

- 1. ¿Qué opinas de los personajes?*

ANEXO 15. CÓMO LLEGAR A UNA SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y PERSONAL

SESIÓN 5

Alex Rovira

<https://www.youtube.com/watch?v=yKWWqyIFr0M>

CUESTIONARIO:

1. ¿Qué capacidades o sensibilidades creo tener?
2. ¿Tengo alguna fuerza especial?
3. ¿Me trato con respeto o juego a devaluarme?
4. ¿Qué hago por mí?
5. ¿Me permito cierta indulgencia?
6. ¿Pido que los demás respeten mis necesidades o juego a que yo no importo?
7. ¿Respeto mis urgencias físicas y emocionales y trato activamente de satisfacerlas?
8. ¿Me permito disponer de tiempo para pasarlo con personas que me agradan?
9. ¿Reservo tiempo para hacer cosas que me gustan?
10. ¿Hay congruencias entre lo que soy lo que hago?
11. ¿Busco personas que me valoren por lo que hago?
12. ¿Busco personas que me valoren por lo que soy?

ANEXO 16. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN:

SESIÓN 6

Respira profundamente tres veces.

Elimina toda la tensión de tu cuerpo y ve relajándolo desde los pies a la cabeza.

Tómate el tiempo que necesites.

Ahora visualiza tu cerebro, e imagina que tiene dos puertas.

Visualiza que las dos puertas están abiertas y cómo los pensamientos que entran por la puerta de la izquierda se van por la puerta de la derecha.

Es ahora el momento de cerrar la puerta de la izquierda impidiendo que ningún pensamiento pueda entrar en nuestro cerebro.

Centra tu atención en los que todavía están en tu mente y vete despidiéndolos y observando cómo van saliendo de ti por la puerta de la derecha.

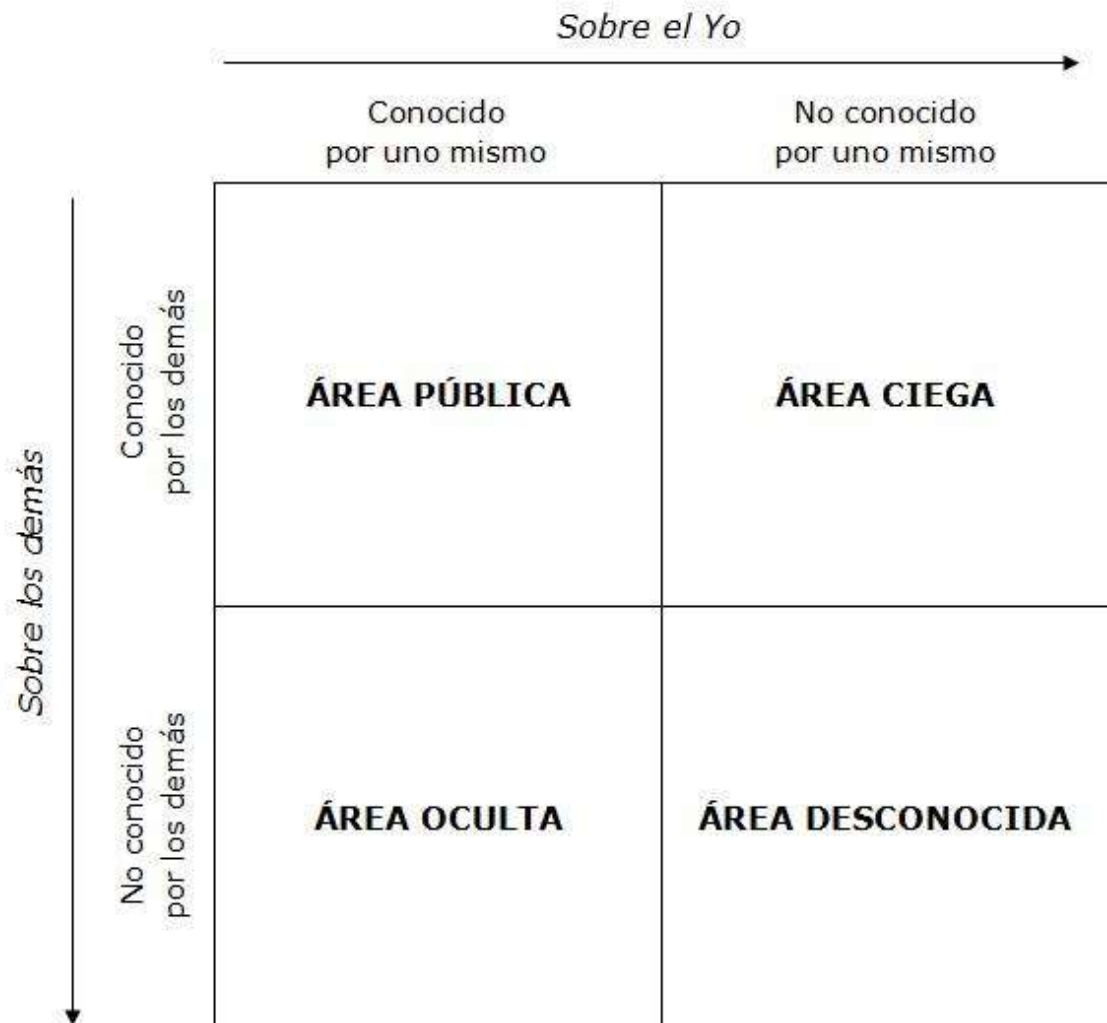
Cuando haya salido el último pensamiento, cierra la puerta de la derecha. Así, ahora tu cerebro es una habitación vacía que está a oscuras.

No hay pensamientos, no hay nada. Mantén el estado de vacío mental todo lo que te sea posible, y si lo haces para poder dormir bien, déjate dormir con esa sensación.

<https://www.youtube.com/watch?v=YYZ22Mhjzpg>

ANEXO 17. DESARROLLO “EL BAZAR DE LAS EMOCIONES”.

SESIÓN 6



ANEXO 18. CUENTO: LA PAZ PERFECTA

SESIÓN 6

Cierto día un rey prometió un gran premio a aquel artista que pudiera captar en una pintura la paz perfecta. Muchos artistas intentaron. El rey observó y admiró todas las pinturas, pero solamente hubo dos que a él realmente le gustaron y tuvo que escoger entre ellas. La primera era un lago muy tranquilo. Este lago era un espejo perfecto, donde se reflejaban unas plácidas montañas que lo rodeaban. Sobre estas se encontraba un cielo muy azul con tenues nubes blancas. Todos los que miraron esta pintura pensaron que esta reflejaba la paz perfecta. La segunda pintura también tenía montañas, pero estas eran escabrosas y descubiertas. Sobre ellas había un cielo furioso del cual caía un impetuoso aguacero con rayos y truenos. Montaña abajo parecía retumbar un espumoso torrente de agua. Todo esto no revelaba lo pacífico en lo mínimo. Pero cuando el rey observó cuidadosamente, miró tras la cascada un arbusto que crecía en una grieta de la roca. En este arbusto se encontraba un nido. Allí, en medio del rugir de la violenta caída del agua, estaba sentado plácidamente un pajarito... “la paz perfecta”. Sin dudarlo el rey escogió esta pintura y explicó: “Paz no significa estar en un lugar sin ruido, sin problemas, sin trabajo duro o sin dolor. “Paz significa que, a pesar de estar en medio de estas circunstancias más difíciles, nuestro corazón pueda permanecer en calma”.

ANEXO 19. TIEMPO DE PRÁCTICA: HABLÁNDOLE A TUS PENSAMIENTOS

SESIÓN 7

El método A-B-C-D (Apéndice E).

Cuando te sientas deprimido/a, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo. Los siguientes ejemplos son presentados en transparencia y discutidos en el grupo. Luego se intentará generar un ejemplo grupal.

A es el evento Activante, es decir, lo que sucedió. B es en inglés el “Belief” (la creencia) o el pensamiento que estás teniendo; es decir, lo que te dices a ti mismo/a acerca de lo que está pasando. C es la Consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento. D es la forma en que le Discutes o le hablas a tu pensamiento.

En estos ejemplos, puedes usar el método A-B-C-D de la siguiente forma:

A: Tengo cáncer (este es un hecho). B: Algunos de los pensamientos que podrías tener acerca de este hecho son: “Nadie puede ser feliz si tiene cáncer”, o “el cáncer va a arruinar mi vida”, o “no puedo soportar tener cáncer.” C: La consecuencia de tener estos pensamientos es sentirme muy deprimido/a por largo tiempo. D: Yo puedo hablarles a estos pensamientos de la siguiente forma: “Existen personas que tienen cáncer que son tan felices como otras personas que no tienen cáncer.” “El cáncer es una carga con la que tengo que batallar, pero no está arruinando necesariamente cada minuto de mi vida.”

“Tener cáncer es desafortunado. Sin embargo, muchos seres humanos tienen la misma enfermedad que yo y tienen vidas satisfactorias a pesar de que están enfermos. En lugar de gastar energías estando enojado/a y deprimido/a por tener la enfermedad, yo puedo utilizar mis energías tratando de ver cuál es la mejor forma de vivir mi vida.”

Otro ejemplo: A Mi mamá me dijo que me llevaba a la escuela porque de no hacerlo la meterían presa. B Mi mamá se preocupa por ella y no por mí. C Me sentí triste y con coraje. D Quizás mi mamá dijo eso como una forma para

convencerme o quizás ella quiere que yo aprenda y reciba una educación para tener un mejor futuro.

A Me escupió un muchacho. B Soy fea, no le gustaré a ningún muchacho, nunca me casaré. C Me sentí fatal y lloré. D No le gustaré a ese muchacho, pero sé que soy atractiva para otros.

DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA:

Llena tu Lista de Pensamientos cada día. Usa el método A-B-C-D

- A. Evento Activante (¿Qué sucedió?)
- B. Belief (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción.
- C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)
- D. Discutir o Debatir la Creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)

A Activador Problema	B Pensamiento Qué sucedió	C Consecuencias	
		Emocionales	Conductuales

ANEXO 20. CUENTO CHEROKEE: LOS DOS LOBOS

SESIÓN 7

Un día, un antiguo patriarca de la tribu cherokee. le dijo a su nieto:

– Hijo mío, dentro de cada uno de nosotros hay una batalla entre dos lobos. Uno es malvado, está lleno de ira, de envidia, de resentimiento, de inferioridad, de mentira y de ego. El otro es benévolo y no hiere a nadie, es dicha, es paz, es amor, es esperanza, es humildad, es bondad, es empatía y es verdad.

El niño, contrariado, pensó en las palabras de su sabio abuelo y le preguntó:

– Abuelo... ¿Y cuál de los dos lobos gana?

El anciano le respondió:

– Aquel a quien tú alimentes.

REFLEXIÓN:

Las emociones que sentimos, son... ¡SIMPLEMENTE EMOCIONES! No importan que éstas sean “buenas” o “malas”, tan sólo debemos reconocerlas y gestionarlas de tal manera que todas nos ayuden en nuestro crecimiento personal.